COLETÂNEA DE DIREITO MÉDICO

Artigos do **Congresso de Direito Médico**
Dra. Alessandra Varrone de Almeida Prado Souza

AUTORES

Alessandra Varrone de Almeida Prado Souza
Alexandra Moreschi
Carolina Botini
Cassiane Wendramin
Diogo Gonzales Julio
Djenane Nodari
Erica Biondi
Eveline Macena
Flávia Kurkowski
Flávio Schumacher
Jussele Pires Romanin Marione
Lucas Macedo
Maria das Graças da Costa Ferreira Neri
Maurílio Rodrigues
Milene Acosta
Mirella Papariello
Natasha Gelinski
Núbia Rodrigues
Renato Battaglia
Taís Martinez
Tértius Rebelo
Yuri Franco Trunckle

EDITORA MIZUNO
QUALIDADE E SERIEDADE EM LIVROS

COLETÂNEA DE DIREITO MÉDICO

© Alessandra Varrone de Almeida Prado Souza

EDITORA MIZUNO 2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C694 Coletânea de Direito Médico [recurso eletrônico] / Organizadora Alessandra Varrone de Almeida Prado Souza. – Leme, SP: Mizuno, 2020.
118 p. : il. ; 14 x 21 cm

ISBN 978-65-990341-5-2
Inclui bibliografia

1. Medicina – Legislação – Brasil. 2. Ética médica. 3. Responsabilidade (Direito).
4. Saúde. I. Souza, Alessandra Varrone de Almeida Prado.

CDD 344.81041

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Distribuição gratuita. Venda proibida.
Disponível no site https://conteudo.editorajhmizuno.com.br/congresso-direito-medico-2020

Nos termos da lei que resguarda os direitos autorais, é expressamente proibida a reprodução total ou parcial destes textos, inclusive a produção de apostilas, de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, inclusive através de processos xerográficos, reprográficos, de fotocópia ou gravação.

Qualquer reprodução, mesmo que não idêntica a este material, mas que caracterize similaridade confirmada judicialmente, também sujeitará seu responsável às sanções da legislação em vigor.

A violação dos direitos autorais caracteriza-se como crime incurso no art. 184 do Código Penal, assim como na Lei n. 9.610, de 19.02.1998.

O conteúdo da obra é de responsabilidade do autor. Desta forma, quaisquer medidas judiciais ou extrajudiciais concernentes ao conteúdo serão de inteira responsabilidade do autor.

Todos os direitos desta edição reservados à
EDITORA MIZUNO
Rua Benedito Zacariotto, 172 - Parque Alto das Palmeiras, Leme - SP, 13614-460
Correspondência: Av. 29 de Agosto, nº 90, Caixa Postal 501 - Centro, Leme - SP, 13610-210
Fone/Fax: (0XX19) 3571-0420

Visite nosso site: www.editorajhmizuno.com.br
e-mail: atendimento@editorajhmizuno.com.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

APRESENTAÇÃO

Este e-book é uma coletânea de artigos dos palestrantes que colaboraram com o Congresso de Direito Médico promovido pelos *Cursos Direto ao Ponto*, que ocorreu nos dias 14 a 16 de setembro de 2020, realizado em plataforma digital e que alcançou o limite máximo de inscrições. Nele, o leitor encontrará artigos sobre diversos temas envolvendo Direito Médico, desde Violência Obstétrica às modificações trazidas pela recente Lei Geral de Proteção de Dados, que entrou em vigor em agosto deste ano.

Inegável que o Direito Médico se consolida como um importante ramo do conhecimento jurídico dadas as múltiplas relações transversais entre a Ciência Jurídica e a Medicina, além da interdisciplinaridade com outros segmentos do Direito, como civil, penal, administrativo, constitucional, legislações extravagantes, entre outras. A expansão desse ramo do Direito pode ser identificada em múltiplas ações do cotidiano, em destaque nos debates sobre a pandemia da covid-19.

A interface do direito médico com vários outros ramos é facilmente percebida com a leitura dos textos contidos aqui, pluralismo responsável pelo sucesso do evento, realizado principalmente com a pretensão de difusão do conhecimento.

Agradeço o apoio dado pela Editora JH Mizuno na concepção deste e-book e no material de excelência remetido por cada um dos autores, irmanados pela paixão no assunto e motivados pela genuína vontade de compartilhar seu estudo.

Alessandra Varrone de Almeida Prado Souza
Coordenadora da obra.

SOBRE OS AUTORES

Alessandra Varrone de Almeida Prado Souza

Advogada, pós-graduada em Direito Médico, Direito Constitucional e Direito e Processo do Trabalho, palestrante e autora do livro Direito Médico, diretora e professora do curso Direto ao Ponto, membro da Comissão de Bioética e Biodireito da OAB/DF e da Comissão de Bioética, Biodireito e Saúde da subseção de Taguatinga da OAB/DF. E-mail: ale_prado@yahoo.com.br Instagram: @alessandra.advogada

Alexandra Moreschi

Advogada, Especialista em Direito do Trabalho e Processo do Trabalho; Especialista em Direito Aplicado Aos Serviços De Saúde, MBA em Direito Médico e da Saúde, Sócia Nominal do Escritório Moreschi e Reis Advogados, Conselheira Seccional da OAB/DF (2019-2021), Conselheira do Conselho de saúde do DF – Região Central, Presidente da Comissão Direito à Saúde da OAB/DF.

Carolina Botini

Advogada nas áreas de Direito Civil, Contratual, Empresarial e Direito Médico e da Saúde. Pós graduanda em Direito Empresarial. Pós graduanda em Advocacia Extrajudicial. Curso de Extensão em Bioética e Biodireito. Membra das Comissões Jovem Advocacia e Empreendedorismo Jurídico da 126ª Subseção de Santa Bárbara d'Oeste/SP. E-mail: carolinabotini.advogada@gmail.com

Cassiane Wendramin

Advogada. Docente na UNOESC. Gestora de clínica médica. Mestre em Direitos Fundamentais. Especialista em Direito Médico; Ciências Penais; Penal e Processual Penal. Membro da Comissão Estadual de Direito da Saúde da OAB/SC.

Diogo Gonzales Julio

Especialista em Direito da Medicina pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (UC). Pós-graduado, em Direito Médico, Odontológico e Hospitalar pela Escola Paulista de Direito (EPD). Especialista em Direito do Cooperativismo pela ESA e SESCOOP. Especialista em Direito Processual Civil pela Universidade Salesiana (Unisal). Graduado em Direito pela Universidade São Francisco (USF). Membro da Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB São Paulo, 3ª Subseção de Campinas/SP e da Comissão Especial de Direito do Cooperativismo da OAB São Paulo. Contato: dgjulio@uol.com.br

Djenane Nodari

Bacharel em Direito pelo Centro Universitário Cândido Rondon (Cuiabá/MT), Advogada, Pós-graduada em Direito e Processo Civil pela Universidade Cândido Mendes (Rio de Janeiro-RJ), Pós-graduada em Mediação, Conciliação e Arbitragem pela Verbo Jurídico (Canoas-RS), Pós-graduanda em Direito Médico pela Faculdade CERS – Complexo de Ensino Renato Saraiva (Recife-PE), Especialista em Direito Médico e da Saúde pelo Instituto Paulista de Direito Médico e da Saúde – IPDMS (São Paulo-SP). Presidente da Comissão de Saúde e Saneamento da OAB (Lucas do Rio Verde-MT), membro da Comissão de Saúde da OAB (Cuiabá-MT), Vice-presidente da Comissão de Direito do Estado e Ciência Política na Associação Brasileira de Advogados – ABA (Cuiabá-MT). E-mail: contato@advdn.com.br

Érica Biondi

Advogada especialista em Direito Médico, gestora de clínicas médicas, palestrante e criadora do Instablog: @ericabiondi.adv. Pós Graduada em Direito Médico e Hospitalar e Pós Graduanda em Gestão Hospitalar. E-mail: biondi@biondiadvocacia.adv.br

Eveline Macena

Advogada, Pós-graduada em Direito Médico e da Saúde, Pós-graduada em Direito Processual Civil e Pós-graduada em Direito Privado: Civil e Empresarial. Membro da Comissão de Direito à Saúde da OAB/RN. Com atuação profissional voltada para o Direito Médico Empresarial, de consultoria e defesa de Médico e Cirurgião-Dentista, Clínicas e Hospitais, com expertise em Fusão, Aquisição (M&A) e Reestruturação Societária. E-mail: eveline@heinemacena.adv.br

Flávia Dornelas Kurkowski

Médica especialista em Medicina da Família e da Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade (SBMFC), residente de Medicina Nuclear pelo Imagens Médicas de Brasília (IMEB), bacharel em Medicina pela Faculdade Atenas, médica concursada da Família e da Comunidade no Governo do Distrito Federal.

Flávio Schumacher

Advogado, Especialista em Direito Médico e da Saúde, Pós-graduando em Direito Digital e Proteção de Dados (EBRADI), Curso de Extensão em Privacidade e Proteção de Dados: Teoria e Prática pela Data Privacy Brasil, Membro da IAPP (International Association of Privacy Professionals), Membro da WAML (World Association for Medical Law), Membro da Comissão Especial de Proteção de Dados e Privacidade da OAB/RS.

Jussele Pires Romanin Marione

Advogada no Escritório Tasso Pereira Sociedade de Advogados. Pós Grad. Direito Médico e Bioética. E-mail: jussele@tpsa.com.br. Instagram: @jussele_direitocommedicina.

Lucas Macedo Silva

Pós-graduado em Direito Público pela Faculdade Baiana de Direito e pós-graduando em Direito Processual Civil pela Faculdade Damásio. Graduado em Direito pela Universidade Salvador (UNIFACS). Advogado inscrito na OAB/BA sob o nº 45.015. Advogado atuante no âmbito do Direito Médico e da Saúde. Possui certificação em "Compliance nas Instituições de Saúde" pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa e em "LGPD, Segurança de dados e Responsabilidade Digital" pela PUC-RS. Integra a Comissão Especial de Direito Médico e da Saúde da OAB/BA. Autor de artigos científicos publicados. Coordenador de Grupos de Pesquisa na área de Direito Médico. E-mail: contato@lucasmacedo.adv.br. Instagram: @lucasmacedo.adv

Maria das Graças da Costa Ferreira Neri

Graduada em Economia pela Universidade Potiguar (UnP), em Natal, RN, Mestre em Medicina, área de Ciências Sociais, pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em Campinas SP, Advogada OAB/RN nº 17.454, formada em Direito pela LIGA DE ENSINO (UNIRN), membro da Comissão de Direito à Saúde da OAB/RN, em Natal, RN, e-mail: marianeri@gmail.com.

Maurílio Rodrigues De Medeiros Júnior

Advogado. Graduado em Direito pela Faculdade Internacional da Paraíba – Laureate International Universities em 2010, Pós-Graduado em Direito Processual Civil e do Trabalho pela Escola de Magistratura do Trabalho da 6 Região. Pós-Graduado em Direito Médico e da Saúde pela Faculdade Legale. E-mail: mauriliorodriguesadv@gmail.com; (83)999643070.

Milene Lima Acosta

Advogada; Palestrante; Especialista em Direito Médico, Consumerista e Aplicado à Saúde; Presidente da Comissão em Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e membro da Comissão de Direitos da Criança e do Adolescente da 3ª Subseção da OAB/RJ.

Mirella Papariello Arcoverde Ribeiro

Bacharela em Direito, Pós Graduada em Direito Penal, Processo Penal e Ciências Criminais, Especialista em Direito Médico, Conciliadora Judicial – JE-CRIM-PB, Conciliadora e Mediadora Extra Judicial – LEXCARE e Pós Graduanda em Direito Previdenciário.

Natasha Regina Neves Gelinski

Advogada, MBA Executivo em Administração: Gestão da Saúde – Fundação Getúlio Vargas - FGV; é certificada CPC-3 em Compliance pela Legal, Ethics, Compliance – LEC; é pós graduada em Direito Médico – Unicuritiba e pelo Instituto Paulista de Direito Médico e da Saúde – IPDMS, é especialista em Testamento Vital pelo portal Luciana Dadalto e em Bioética pela Universidade de Coimbra; é pós graduada em Direito e Processo do Trabalho – UP; é membro da banca de advocacia premiada pelo projeto "Incubadora de Escritório de Advocacia", pelo Instituto de Gestão Legal – IGL e Universidade Positivo; é pesquisadora no Grupo de Pesquisa em Direito Médico e Empresas Médicas do Des. Miguel Kfouri, é membro convidada do Health Innova Hub e membro da Comissão de Direito à Saúde e da Comissão de Inovação e Gestão, ambas da OAB/PR; E-mail: gelinskinatasha@gmail.com.

Núbia Candida Batista de Sousa Rodrigues

Graduada em Letras, Advogada, especialista e pós graduanda em Direito Médico, pós graduada em Direito do Trabalho e Processo do Trabalho e atuante em Direito Civil, Direito do Consumidor e Direito Previdenciário. Membro da Comissão de Direito Sistêmico da OAB de Uberlândia, MG. Email: nubiasousarodrigues@hotmail.com | @nubiasousarodrigues.

Renato Battaglia

Médico (1976-2015) e advogado desde 2008. Facilitador de Diálogos em Conflitos Bioéticos e da Saúde desde 2002. Palestrante e autor de diversos trabalhos em Direito e Saúde. Presidente da Comissão de Direito Médico da OAB/RJ. Presidente da Comissão de Direito Médico, Saúde e Bioética do Instituto dos Advogados Brasileiros. Membro da Comissão Especial de Direito Médico do Conselho Federal da OAB. Membro do Grupo de Trabalho sobre Direito Médico do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Professor Convidado de cursos de pós-graduação em Direito Médico e da Saúde. Coordenador do módulo "Aspectos legais da prática médica", na pós-graduação da Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Sócio-diretor do escritório "Renato Battaglia Direito Médico e da Saúde".Membro Titular da Academia Brasileira de Medicina de Reabilitação.

Taís Antunes Martinez

Advogada. Bacharel em Direito pela Universidade de Caxias do Sul. Especialista em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra, Portugal. Especialista em Direito do Consumidor pela Faculdade Legale. Pós Graduanda em Advocacia Extrajudicial, pela Faculdade Legale. Extensão em Planos de Saúde. Presidente da Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB/RS, Subseção Veranópolis. E-mail: advogada.ts@gmail.com

Tertius Rebelo

Advogado – OAB/RN 4.636; Especialista em Direito Médico e da Saúde, Especialista em Direito Civil e Empresarial; Membro da Comissão Especial de Direito Médico e da Saúde do Conselho Federal da OAB de 2016/2019; Membro da Comissão de Direito à Saúde da OAB/RN; Membro da Comissão de Direito Médico e da Saúde da ABA - Associação Brasileira de Advogados (RN); Membro da Comitê Executivo de Demandas da Saúde do TJRN de 2016/2019; Membro da Comissão de Revisão do Código de Ética Médica no RN; Conselheiro da Associação dos Advogados do RN - AARN; Professor dos cursos de Pós Graduação em Direito Médico e da Saúde da UNI/RN, do UNIFACEX/PB e do Instituto Julio Cesar Sanches-TO; Professor convidado do cursos de Medica da UFRN e Universidade Potiguar/RN - Aulas sobre Direito Médico e Bioética; Conferencista/Palestrante sobre Direito Médico, Direito da Saúde e Bioética.

Yuri Franco Trunckle

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS); Médico residente em Medicina Legal e Perícia Médica pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP); Especialização em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra - Portugal. E-mail: yuriftrunckle@gmail.com

SUMÁRIO

Apontamentos Sobre Violência Obstétrica
Alessandra Varrone de Almeida Prado Souza 11

O SUS e o Principais Direitos dos Pacientes
Alexandra Moreschi 15

Transplantes de Órgãos e Tecidos Humanos: Breves Reflexões
Carolina Botini 18

A Importância do Advogado na Gestão Diária de Clínicas
Cassiane Wendramin 23

Terminalidade da Vida, Direito a Morte Digna
Diogo Gonzales Julio 26

A (In)disponibilidade do Prontuário Médico em Caso de Falecimento do Paciente Face a Natureza Sigilosa do Documento
Djenane Nodari 30

Autonomia - Do Médico e do Paciente
Érica Biondi 37

Dever Informacional na Medicina e na Odontologia
Eveline Macena 42

A Importância do Direito Médico na Formação do Médico
Flávia Dornelas Kurkowski 46

Telemedicina e os Impactos da LGPD
Flávio Schumacher 50

Autonomia do Paciente
Jussele Pires Romanin Marione 56

Telessaúde: Caminhos para a Informatização dos Serviços de Saúde
Lucas Macedo Silva 61

O Direito das Pessoas com Doenças Raras
Maria das Graças da Costa Ferreira Neri 65

Sigilo Médico em Notificação do Coronavírus
Maurílio Rodrigues de Medeiros Júnior 68

A Importância dos Documentos Médicos
Milene Lima Acosta 73

Os Processos Mediativos como Fonte de Produtividade na Saúde
Mirella Papariello Arcoverde Ribeiro 78

Gestão e Maturidade em Empresas de Saúde
Natasha Regina Neves Gelinski 83

Os Princípios Basilares da Bioética
Núbia Candida Batista de Sousa Rodrigues 89

Humanização do atendimento e a relação com o paciente
Renato Battaglia 94

Testamento Vital: A Prevalência da Vontade do Testador sob a Ótica do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
Taís Antunes Martinez 98

Consentimento Informado na Relação Paciente-Médico
Tertius Rebelo 103

A Avaliação Pericial nos Danos Associados aos Cuidados de Saúde
Yuri Franco Trunckle 110

REFERÊNCIAS 114

Apontamentos Sobre Violência Obstétrica

Alessandra Varrone de Almeida Prado Souza

Nos últimos anos, telejornais e mídias digitais vêm publicando diversas notícias, de acontecimentos, em todo o mundo, de pacientes que sofreram violência durante a assistência obstétrica. Relatos como morte durante o parto, agressões físicas e verbais e sequelas permanentes advindas durante o atendimento médico vem, cada vez mais, ganhando atenção do público em geral.

Mas, diante de tantas notícias sobre violência durante o principal momento da vida de uma mulher, como se compreende a violência obstétrica? Este tipo de violência se caracteriza pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

O objetivo principal do enfrentamento dessa violência é impedir a ação ou omissão direcionada à mulher durante o período gestacional e puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticado sem o consentimento ou desrespeite a autonomia da mulher.

Assim, é direito da gestante e da parturiente ter acesso a um tratamento respeitoso para, consequentemente, permitir que o processo natural do parto ocorra de maneira progressiva e sem a necessidade de grandes (e, algumas vezes, desnecessárias) intervenções. A inobservância deste direito, desemboca em um dos tipos de violência obstétrica, que quando ocorrida, principalmente durante o trabalho de parto, retrai a mulher e impede que o processo de trabalho de parto evolua de maneira natural. Um bom exemplo da consequência da violência é a falsa compreensão de que nem todas as mulheres dos tempos atuais conseguem suportar as dores e horas de trabalho de parto. A propagação dessa errônea informação induz o entendimento de que a cesariana deve ser compreendida como a primeira opção para muitas mulheres com a falsa impressão de ser mais seguro e livre de complicações.

É fundamental identificar que a Violência Obstétrica é uma ação perpetrada em face de um gênero específico, qual seja, o feminino e, embora cause profundas cicatrizes físicas e emocionais na parturiente, é ainda hoje considerada aceitável.

A prática dessa violência está diretamente ligada a inobservância do direito a autonomia mulher, ou seja, a liberdade de exprimir o desejo e concordância com o procedimento médico que será realizado. Como qualquer procedimento médico, a paciente/parturiente tem o direito à informação sobre as opções de métodos médicos disponíveis e a decisão deve ser compartilhada entre a paciente e o profissional.

Embora pouco compreendida na sociedade atual, essa violência ocorre quando a mulher é tratada, durante o trabalho de parto, de maneira desrespeitosa, com "ameaças veladas" e constrangimentos desnecessários por parte da equipe de profissionais da saúde. Em muitos casos, a parturiente pode ter prejudicada a dilatação uterina e consequente parada de progressão do parto, o que resultará na opção da cirurgia cesariana como necessária via de parto.

Em todo mundo, é aceito que existem três formas de violência obstétrica: física, verbal e moral ou psicológica. É considerada *violência física* à gestante e parturiente aquela ação de membro da equipe médica que cause danos a sua integridade física. O exemplo muito comum no parto vaginal é a episiotomia, que, na maioria dos casos, é realizada sem o consentimento da paciente ou até mesmo sem a transmissão de informação para que seja fornecido anuência na realização do ato.

É caracterizada como *ofensa verbal* aquela proferida pelo profissional da instituição de saúde durante o atendimento a parturiente ou puérpera. Portanto, é considerada ofensa a mulher o tratamento verbal proferido de maneira grosseira, agressiva e zombeteira ou de qualquer forma que faça com que a mulher se sinta mal pelo tratamento recebido.

A *violência moral ou psicológica*, como o próprio nome se refere, atinge o emocional da paciente e se concretiza por ameaças veladas ou expressas, mentiras, indução de vontade, privação de roupas, celular ou comunicação com o mundo exterior, como exemplos.

É considerada vítima desse tipo de violência as gestantes, desde a concepção até 42 dias após o nascimento do bebê, sendo agredidas durante a assistência obstétrica. Como exemplo, se tem a gestante que procura atendimento em uma unidade de pronto atendimento (UPA), para acompanhamento do pré-natal e é ofendida verbalmente pelos funcionários do local em razão de sua tenra idade e múltiplas gestações.

Mesmo amplamente difundida, não há no Brasil lei federal que trate sobre o tema, apenas leis estaduais e algumas municipais. Contudo, na maioria das leis existentes é imputado aos membros da equipe médica, que prestarem atendimento à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto, a prática da violência obstétrica. Assim, para o legislador, somente profissionais da equipe médica que prestarem assistência a mulher durante a gestação, parto e pós-parto podem praticar a violência debatida.

Contudo, qualquer funcionário do nosocômio, como secretária, equipe de limpeza e segurança, podem praticar a agressão estudada, como por exemplo, ofensas verbais proferidas por membros da equipe de limpeza ou seguranças do hospital. Portanto, a violência obstétrica pode ocorrer durante todo o período em que a paciente estiver no hospital/clínica médica e pode ser praticada por qualquer funcionário que estiver laborando naquela unidade nosocomial, ou seja, não somente membros da equipe médica podem praticá-la. Como exemplo, tem-se as humilhações verbais proferidas pela equipe de limpeza do hospital durante a higienização do leito hospitalar após a parturiente vomitar em decorrência das dores. O profissional que praticar esse tipo violência poderá responder civil, penal, ética e administrativamente.

Como uma forma de prevenção de violência obstétrica, é primordial a compreensão pelos profissionais da saúde de que houve uma modificação na relação médica com o paciente e que, como detentor de direitos, este passou a exigir do profissional muito além de tratamento de saúde.

Por essa razão, é de suma importância que o médico mantenha a constante atualização profissional com adoção de novos protocolos durante o atendimento médico, compreensão dos direitos das pacientes baseados nos princípios hipocráticos da Bioética e investimento na melhoria da assistência obstétrica permitirão que haja uma redução gradual dessa violência.

A adoção de condutas médicas condizentes com a Medicina Baseada em Evidência e humanização no atendimento obstétrico diminuirão a incidência dessa violência e permitirão as parturientes e nascituros o acesso a assistência obstétrica de qualidade, diminuindo consequentemente a mortalidade materna e neonatal.

O SUS e o Principais Direitos dos Pacientes

Alexandra Moreschi

O Sistema Único de Saúde ou mais conhecido pela sua sigla, o SUS, está previsto na Constituição Federal em seus artigos 196 e 200 e regulado pelas leis nº 8.080, de 19/9/90 e nº 8.142, de 28/12/90.

É uma conquista do movimento da reforma sanitária, e trata-se de um sistema público de saúde descentralizado, que visa garantir o dever de prestar saúde pública e gratuita a todo e qualquer cidadão.

O SUS é composto por todos os hospitais públicos, pronto socorros, estabelecimentos públicos de saúde (hemocentros, laboratórios públicos, institutos de saúde mental, hospitais e clínicas privadas conveniadas - rede complementar).

Os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) têm inúmeros direitos garantidos pela legislação em vigor e entendimentos da Justiça, além de resoluções de órgãos fiscalizadores sendo é importante saber quais são esses direitos, e vou citar alguns:

1. O acesso ao SUS é universal, isto quer dizer que todos os hospitais públicos ou conveniados do SUS (nas especialidades garantidas) não poderão negar atendimento a qualquer pessoa, seja esta de qualquer classe social, sexo, cor, crença, idade ou proveniente de qualquer lugar do país;

2. O acesso ao SUS é igualitário, ou seja, deverá ser fornecido o mesmo tratamento a todo indivíduo que procurar atendimento junto aos estabelecimentos do SUS;

3. O acesso ao SUS é totalmente gratuito, dessa forma todas as ações serviços de saúde pública, até mesmo junto aos hospitais particulares prestadores de serviços contratados pelo SUS, devem ser isentos de qualquer cobrança. Qualquer cobrança de complementação de pagamento, seja a que título for, corresponde a crime, que deve ser denunciado às autoridades (Ministério Público ou Polícia).

4. O paciente ou seu representante legal tem o direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticas a serem realizados, salvo em caso de iminente perigo de vida, conforme previsão legal prevista no art. 56 do Código De Ética Médica c/c § 3º do art. 146 do Código Penal Brasileiro, que prevê a exclusão de crime em caso de constrangimento ilegal.

5. O paciente tem direito à preservação de sua intimidade, porque o profissional da área de saúde deve guardar o devido sigilo profissional dos atos que pratica, porém não cabe alegação de sigilo para ocultar conduta infracional ou criminosa do profissional da área de saúde
6. É direito do paciente ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e consultá-lo a qualquer momento, devendo o hospital facilitar o acesso a ele, memo após a alta médica, nesse sentido também é direito do paciente obter a receita médica de forma legível;
7. O paciente tem direito ilimitado à realização de consultas, exames e internações, seja em hospitais públicos ou particulares conveniados ao SUS. Pela lei, não há um prazo máximo de espera, apenas para boa parte dos pacientes com câncer, que devem ter seu tratamento inicial em até 60 dias após o diagnóstico.
8. Se o paciente internado for menor de 18 anos de idade, tem assegurado um acompanhante – um dos pais ou responsável – e a cobertura de suas despesas. O mesmo direito é assegurado aos idosos, com 60 anos ou mais, submetidos à internação hospitalar. Esse direito também se estende às mulheres durante o trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados ao SUS. O acompanhante terá direito a acomodações e às principais refeições durante a internação.
9. Todo cidadão tem direito de obter, gratuitamente, medicamento necessário para o tratamento da saúde, mesmo que não esteja na lista oficial dos chamados medicamentos essenciais. O medicamento deve ser aprovado pela Anvisa, possuindo registro em seus cadastros. Além dos postos, há Farmácia Popular, na qual o paciente leva a receita, seja do SUS ou particular, e recebe remédio gratuito ou com desconto de até 90%.
10. Paciente do SUS tem direito a receber próteses e órteses necessárias para a realização de cirurgias ou se for portador de necessidades especiais. A lei estabelece expressamente que está incluída na assistência integral à saúde a concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares, o que, portanto, deve ser fornecido gratuitamente.

Ou seja, o SUS é a concretização de um dos direitos humanos mais importante: O Direito à saúde, que está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, que define:

> "todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, **saúde e bem-estar**, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis."

A saúde deve ser entendida como uma sadia qualidade de vida, uma vida plena, com autonomia e com dignidade, buscando sempre os valores preconizados no princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, o SUS não trata apenas de atendimento médico. É um sistema muito maior e complexo. Um dos maiores do mundo. Que abrange diversas searas da vida dos usuários como programas de conscientização, disponibilização de medicamentos, programas de vacinação, cuidados assistenciais, serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, etc. Buscando-se sempre a atenção integral de saúde.

Infelizmente, não é de hoje que o SUS vem recebendo críticas de vários setores da sociedade, contudo poucas pessoas sabem que o SUS não se limita apenas ao atendimento na unidade básica de saúde e atenção primária, mas se estende para a atenção secundária e terciária com procedimentos mais complexos como transplantes de órgãos e cirurgias especializadas.

Em especial nas áreas secundárias e terciárias de atuação o sistema tem um funcionamento de excelência, muitas vezes superando até mesmo redes privadas.

Com todas essas informações preciosas, fica evidente que o SUS é, por si só, é a concretização do direito à saúde garantido à todo cidadão brasileiro e merece que seja defendido, aprimorado e cada vez mais difundido junto à população, afinal, "falar de Direito à Saúde é falar de Direitos Humanos".

Transplantes de Órgãos e Tecidos Humanos: Breves Reflexões

Carolina Botini

Desde tempos imemoriais do ser humano, a busca pela saúde e por tratamentos eficazes na cura de doenças ou deformações por conta de acidentes ou de nascença que envolva órgãos vitais, é constante, e vem se aperfeiçoando cada vez mais na ciência médica por meio da prática de transplantação de órgãos e tecidos de doadores conscientes e/ou autorizados pela família, para possíveis receptores.

Nesse sentido, conforme a biomedicina e a biotecnologia avançam, a ética (bioética) e o ordenamento jurídico (biodireito) também as acompanham, abrangendo não apenas alguns países, mas o mundo num todo, de maneira tal a ser um único pensamento: o direito à vida.

No Brasil, o procedimento para transplantar órgãos e tecidos humanos se deu mais precisamente em 1960, quando passou-se a desenvolver fármacos (com melhor ação imunossupressora e expressivos efeitos colaterais, como a nefrotoxicidade, neurotoxicidade, neoplasias, infecções, hiperlipidemia, etc.), transformando a medicina completamente.

Assim, a ascensão biotecnológica e científica proporcionou aos transplantes o aprimoramento de todos os atos para o procedimento, seja pré, durante ou pós transplante. E de modo inteligível pode-se definir o transplante como sendo a ablação ou amputação de um órgão ou tecido que é transferido de um local para outro, podendo ser entre pessoas vivas (*inter vivos*), de mortas para vivas (*post mortem*) ou de um local para outro do mesmo indivíduo.

Ocorre que o maior desafio do tema é que o déficit de doadores – e histocompatibilidade – *versus* receptores ultrapassa os limites que o direito pode suportar, surgindo lacunas jurídicas e sociais, pois enquanto a biomedicina avança, mais complexo se torna para o direito à medida que se transcende a base legal existente.

Na prática, os dados estatísticos nacionais têm um quadro preocupante do déficit. A exemplo, entre os anos de 2015 e 2017, a quantidade de alguns tipos de órgãos transplantados superaram as

expectativas, já entre 2018 e 2019, a queda é substancial e se arrasta para o momento contemporâneo. Todo ano é feito um registro pelo arquivo de Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), controlado e organizado pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO).

Desse modo, as problemáticas mais recorrentes do tema são: a compatibilidade entre doador e receptor, a gestão do órgão responsável pelo banco de dados de captação de órgãos, a infinda "fila única" do Sistema Único de Saúde para o procedimento, o tempo de vida do órgão fora do corpo até ser transplantado, o déficit de doadores, estudos biotecnológicos para o futuro ao lado da bioética e do biodireito e o mercado de órgãos.

De acordo com a interpretação legislativa, nas cirurgias de transplantes existem quatro tipos básicos de transplantar que são por si as mais estudadas, quais sejam: a) *Autotransplante ou autoenxerto*: é a transferência de órgão ou tecido de uma parte do organismo à outra de uma mesma pessoa; b) *Isotransplante*: é o transplante de órgãos ou tecidos entre pessoas que possuem as mesmas características genéticas idênticas; c) *Alotransplante*: quando doador (vivo ou morto) não tem característica genética idêntica ao do receptor de um órgão ou tecido; d) *Xenotransplante*: consiste no transplante de um órgão ou tecido animal para um ser humano.

Já as espécies de transplantes são das mais variadas possíveis como transplante: de rins, fígado, pâncreas e ilhotas pancreáticas, intestino, coração, pulmão, medula óssea, córneas, dentre muitos outros, além dos tecidos e enxertos. Porém, a lei excetua para esta finalidade o sangue, o esperma e o óvulo, uma vez que tais elementos consignam o código genético do doador e portanto, não são regidos pelas leis dos transplantes.

Nesse liame, o ato de autorizar, doar e submeter-se a remoção e transferência de partes do próprio corpo a outrem está ligado ao Direito de Personalidade (arts. 13, 14 e 15 do Código Civil), pois uma vez que os órgãos ou partes do corpo se separam, elas se tornam coisas (*res*), mas por ser personalíssima não pode ser onerosa, gerar custo e lucro para fins de comércio dos órgãos

ou tecidos. Do mesmo modo que a vida é gratuita, o corpo ao ser separado suas partes também deve ser, pelo entendimento da integridade física e o princípio da dignidade humana.

O transplante de órgãos e tecidos é portanto uma atividade social e altruísta, pois ela é e deve ser mantida e custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o art. 199, §4º. Isso porque a vida, é um bem supremo a ser preservado (art. 5º, *caput*, CF/88), basilado na *dignidade da pessoa humana* e *prevalência dos direitos humanos* (art. 1, III; 4º, II, ambos da CF/88).

Para tratar exclusivamente do tema, o legislador constituinte entendeu a necessidade de criar Lei específica que garantisse e protegesse os transplantes. Atualmente vige a Lei nº 9.434/1997 (Decreto nº 2.268/1997, posteriormente recepcionado pelo Decreto nº 9.175/2017), que tem a finalidade de regulamentar as atividades e os procedimentos intrínsecos aos transplantes, sendo representado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e suas atribuições incluem ações de gestão política, promoção da doação, logística, credenciamento das equipes e hospitais para a realização de transplantes, definição do financiamento e elaboração de portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados.

Pode-se dizer que o transplante de órgãos é um dos mais complexos, intrigantes e apaixonantes da área de saúde, sendo multiprofissional por natureza, além do fato de que as discussões de caráter bioético e jurídico para os profissionais são sempre um desafio.

Nessa seara, importa refletir acerca da responsabilidade do médico, pois ela existe e é amparada pelo Código de Ética Médica através do Conselho Federal de Medicina, além da responsabilidade dos profissionais de enfermagem.

A responsabilidade civil do médico ou do enfermeiro pode ocorrer se o pré-operatório ou durante o procedimento ocorrer negligência, imprudência ou imperícia ou então se este cometer conduta criminosa do ato, não se esquecendo da responsabilidade do hospital.

A equipe médica que se dedica a essa área precisa ser qualificada, ética e seguir todos os protocolos determinados para o procedimento. E nesse sentido, é preciso ponderar que em eventual rejeição do paciente quanto ao órgão transplantado ou mesmo o seu falecimento depois de certo período, não pode por si só ensejar a responsabilidade do médico ou do hospital.

O parágrafo acima confirma o objetivo do procedimento, pois os transplantes sempre é o último ou o único tipo de tratamento disponível na tentativa de salvar a vida do paciente e lhe proporcionar sobrevida, cabendo ao médico garantir o caminho que será procedido para se alcançar o objetivo final, sem que seja de resultado.

Para se obter bons resultados na transplantação, depende-se de fatores exclusivamente genéticos; quanto maior a semelhança entre doador e receptor, maior a chance de sobrevida. E da mesma forma ocorre com os mal sucedidos, que provém da desigualdade alogênica (genes), onde os anticorpos ou células rejeitam o órgão doador.

Relativo às rejeições, a ciência médica adaptou à inteligência das células e formulou estratégias para tanto, que em simples palavras trata-se da realização de testes sorológicos e análise da compatibilidade ABO, HLA (antígeno leucocitário humano), provas cruzadas e avaliação da porcentagem da reatividade contra painel de linfócitos (PRA), pois estes são os parâmetros fundamentais a fim de evitar falhas no transplante e aumentar a sobrevida do órgão transplantado.

Essas análises atuam dentro dos laboratórios de imunogenética (estudo da imunologia e dos genes) atreladas a Central Nacional de Captação e Distribuição de Órgãos (CNCD). E por dar aos médicos e ao paciente maior garantia do procedimento a ser realizado, tornou-se algo habitual e rotineiro como pré-requisito na sujeição de um transplante.

Para que mais um salto seja dado, é necessário explorar ainda mais a biotecnologia em prol do tema, no entanto, muitos detalhes dos estudos científicos confrontam diretamente com as principais vertentes da bioética e do biodireito, ensejando longos embates na tentativa de se chegar a um consenso entre todos os profissionais envolvidos com o tema.

Nessa perspectiva, com o uso da biotecnologia existe um projeto de estudo no estado de São Paulo intermediado por um cientista norueguês, pelo qual juntamente com outros profissionais estuda-se a possível utilização de órgãos de porcos – sobretudo os rins – por conta da semelhança genética com os seres humanos.

O estudo parte da premissa da Medicina Regenerativa e intenta reduzir as filas dos transplantes, e para tanto, o projeto visa utilizar os órgãos do animal através de um procedimento chamado Descelularização de Tecidos, que consiste na remoção das células de um tecido ou órgão, deixando apenas a estrutura que o envolve. Após limpeza total do órgão, o mesmo precisa passar pelo processo de Recelularização, utilizando para o procedimento células tronco do indivíduo receptor, a fim de revitalizar o órgãos e evitar rejeição.

Os debates desse estudo caso torne-se realidade, confronta diretamente com aspectos bioéticos, como os princípios já consolidados em relação a utilização de animais, seja para fins de testes científicos, fármacos, dermocosméticos e outros, independentemente de ser xenotransplante. Isso porque os animais são considerados seres sencientes dotados de *status* moral, desempenhando funções fisiológicas e sentimentais como as dos seres humanos.

Nesse aspecto, o que preocupa acerca desse estudo é que a utilização dos animais pode gerar um comércio de órgãos, além de como será definida a transgenia desses animais, como e onde serão mantidos e repassados para esta finalidade, inclusive o que se pode fazer com a carcaça que não for utilizada.

Por fim e não menos importante, o tráfico de pessoas para transplante de órgãos e tecidos continua existindo, é um mercado ativo, sem qualquer controle ou averiguação, sendo o primeiro e o maior crime organizado silencioso do mundo.

Portanto, é fundamental que a relação de Estado *versus* Sociedade e Direito *versus* Medicina requer clareza e transparência. Caso contrário, não existe equilíbrio e equidade. E este é um tema que precisa estar em constante debate.

A Importância do Advogado na Gestão Diária de Clínicas

Cassiane Wendramin

O motivo da contratação de um profissional da área jurídica para atuar na gestão de clínicas – sejam elas médicas, odontológicas ou outra área da saúde – tornou-se mais frequente e indispensável na modernidade.

Pode-se apontar como um marco importante para essa relação entre as áreas a revolução tecnológica e informacional ocorrida nos últimos 30 anos. E isso tudo teve muita vinculação com o acesso à informação.

Que as áreas do direito e da saúde sempre tiverem ligação não é novidade; todavia, que elas estavam tão conectadas isso parece ser inédito tanto para os operadores do direito quanto aos profissionais da saúde.

Nesse sentido, nota-se que se está diante de uma evolução cultural e profissional, seja dos operadores do direito, seja dos profissionais da saúde.

Fato é que em que pese exista na formação dos profissionais da saúde disciplinas que trabalham e estudam os deveres e direitos relacionados à sua profissão, não há como transmitir todo o conteúdo exigido àquele que tem formação jurídica.

Desse modo, vê-se que os profissionais da saúde finalizam seus cursos de formação com conhecimento preliminar a respeito das intercorrências relacionadas à área jurídica.

E aí é que se deparam com a realidade da gestão de seu consultório e/ou clínica e, por muitas vezes, acabam buscando a contratação de um profissional da área jurídica apenas quando se deparam com um problema real.

Nesse sentido é que entra o primeiro ponto a ser trabalhado no presente documento – profissional da área jurídica deveria ser a primeira pessoa a ser contratada no momento da abertura de uma clínica.

Isso porque esse profissional irá auxiliar e resolver as demandas administrativas e vinculadas a possíveis futuros problemas jurídicos antes mesmo de eles se tornarem um problema de fato. É o que se nomina de atuação preventiva.

Essa intervenção jurídica antecipada pode ser desempenhada pelo profissional da área de inúmeras formas e extensão. Pode-se exercer a atividade de forma completa, analisando-se desde documentos obrigatórios (como prontuários, receituários *etc*.), como também contratos de prestação de serviço, contratos com operadoras de plano de saúde, até mesmo revisão de publicidades éticas, ou, ainda, assessorando em aspectos relacionados à contratação de pessoas ou mesmo à tributação especial.

A função do advogado acaba sendo vinculada à gestão administrativa desempenhada na clínica e está relacionada ao consultivo técnico, de modo que antes de eventual problema jurídico ocorrer, algumas medidas satisfativas e conciliatórias podem ser tomadas para se evitar a judicialização da celeuma.

Nesse contexto, notou-se a primordial distinção entre a contratação de um serviço jurídico geral e de um profissional que desempenhe as funções internamente na clínica ou consultório, qual seja, a personalização do serviço.

A partir do momento em que o profissional da área jurídica está regularmente em contato com as demandas que surgem na clínica ou consultório, ele passa a compreender aquela unidade de saúde como uma empresa e, a partir disso, conduz a prevenção e a atuação jurídica de acordo com a essência do atendimento a ser dispensado ao paciente.

Desse modo, tanto atendimento prestado pelo profissional da saúde – seja ele médico, dentista, fisioterapeuta, entre outros – como pela área administrativa, financeira ou jurídica daquela clínica ou consultório, todas elas irão compreender o paciente como um sujeito de direitos e deveres e adotarão as mesmas diretrizes de atendimento, visando proporcionar uma interação entre as áreas e, como decorrência, a excelência no serviço prestado.

Noutro ponto, nota-se que também na expansão dos serviços acaba seguindo os mesmos ditames, na medida em que havendo a atuação jurídica nas publicidades ela, em regra, irá seguir as normativas éticas, de modo que também a oferta de serviços a compreensão do paciente como sujeito de direitos e deveres será observada.

Ademais disso, outra atuação importante está relacionada ao acompanhamento e auxílio em perícias judiciais. Com frequência, profissionais da área da saúde são nomeados peritos judiciais e muitas vezes, notadamente em comarcas menores, esses profissionais não possuem formação técnica para desempenhar o encargo.

Essa ausência de formação técnica não os impossibilita de desempenhar as funções, contudo, observa-se que muitos não têm acesso ao sistema de peticionamento eletrônico e nem sequer sabem como fazer o próprio documento pericial.

Sendo assim, a figura do advogado à disposição na clínica ou consultório irá possibilitar ao profissional da área da saúde que desempenhe a sua própria função de perito e descreva/responda os quesitos, encaminhando-os para peticionamento pelo próprio profissional da área jurídica que ali exerce a função.

Essa atuação síncrona das duas áreas proporciona agilidade ao processo judicial, na medida em que as comunicações ao perito passam a ser por intimação via diário oficial, em nome do advogado que o representa, bem como porque o cumprimento dos atos relativo à perícia, seja exame ou mesmo entrega do laudo pericial, passa a ser mediante protocolo nos próprios autos, acelerando sobremaneira o cumprimento dos atos.

Portanto, ao contrário do que possa parecer *ab initio*, a atuação do profissional da área jurídica na gestão de clínicas e consultórios vai além apenas da sua função jurídica propriamente dita, ela abrange demandas diárias que surgem e que estão diretamente relacionadas à prestação do serviço, de modo que poder contar com o advogado ou com a visão jurídica no desenvolvimento das atividades precípuas das clínicas e consultórios possibilita o fornecimento de um serviço especializado e completo.

Terminalidade da Vida, Direito a Morte Digna

Diogo Gonzales Julio

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a denominada "Constituição Cidadã", nosso legislador insculpiu como fundamento da república, o princípio da dignidade da pessoa humana, o inserindo logo em seu artigo 1°, III, evidenciando que a pessoa deve ser respeitada em sua individualidade e protegida em sua essência, permitindo que desenvolva seu direito próprio de personalidade, sua autonomia existencial, sua capacidade de se autodeterminar.

A nossa carta magna, elegeu a solidariedade social como um dos objetivos fundamentais da república (artigo 3°, I da CF), e como garantias fundamentais (artigo 5°, II, III, IV, V, VI, VII, VIII e X da CF) estabeleceu liberdades asseguradoras da autodeterminação, dentre os quais podemos destacar o inciso "*III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante*";

Os artigos 11, 13 e 15 do Código Civil, reconhecem o direito ao próprio corpo como direito de personalidade, que, deve ser analisado a partir da autonomia conferida constitucionalmente, a garantir a dignidade da pessoa humana.

A autonomia traz em si as liberdades constitucionais, pautada na autodeterminação, autogoverno e manifestação da subjetividade do indivíduo, constituindo a ideia de que a cada pessoa é conferida a liberdade para ditar suas próprias regras, desenvolver e realizar a sua própria personalidade. Afinal, cada pessoa é única, traz consigo um conjunto de crenças, cultura, anseios e valores, que traduzem sua individualidade, sua dignidade.

O Conselho Federal de Medicina, editou o Código de Ética Médica por meio da Resolução nº 2.227/2018, e deixou claro no Capítulo I, incisos II e VI, que o objetivo da atuação do médico é a saúde do ser humano, devendo-lhe respeito absoluto, mesmo após a sua morte, sendo-lhe vedado utilizar de seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou atentar contra sua dignidade e integridade, indicando o procedimento adequado ao paciente, respeitadas as práticas aceitas e normas legais vigentes no país.

Os profissionais da área da saúde enfrentam dilemas éticos, conflitos entre princípios e valores advindos de procedimentos e atividades médicas envolvendo a vida, saúde, integridade física e psíquica do indivíduo. Para balizar a reflexão diante das condutas a serem tomadas no campo da saúde, sopesam os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O Código de Ética Médica de 2018, apresenta os princípios fundamentais que devem ser observados na autonomia do paciente, conforme seus incisos XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequados ao caso e cientificamente reconhecidas; e XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitara a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e proporcionará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

O princípio da dignidade da pessoa humana e o princípio da autonomia se complementam, conforme o artigo 15 do Código Civil de 2002: *"ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica"*.

O Capítulo V do Código de Ética Médica proíbe o médico desrespeitar o direito do paciente, ou seu representante legal, de decidir livremente sobre o risco de práticas diagnosticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Tradicionalmente é considerado "paciente portador de doença terminal" aquele portador de doença progressiva e incurável, em que foram esgotadas todas as terapêuticas conhecidas de resgate da sua saúde, de modo que a possibilidade de morte próxima se mostra inevitável e previsível, com prognostico de vida inferior a 6 meses. Esses pacientes, costumam desenvolver inúmeros problemas ou sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais, que causam grande impacto emocional no paciente, na família e na equipe de cuidados, relacionados com a presença da morte anunciada. A nomenclatura "paciente em fim de vida", é utilizada para delimitar o período de aproximadamente 72 horas antes da ocorrência da morte.

As Diretivas Antecipadas de Vontade, permitem que pessoas em pleno gozo de suas faculdades mentais, deixem registrado como desejam ser tratados em saúde, quando não for mais possível responder por si, ou seja, os tratamentos e os procedimentos que gostariam que lhe fossem aplicados, seus limites e suas renúncias.

O ordenamento jurídico pátrio ainda carece de legislação especifica quanto as Diretivas Antecipadas de Vontade, no entanto, podemos fundamenta-las nas disposições legais que regem os princípios da autonomia e da dignidade da pessoa humana, sobretudo, na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina.

São espécies de Diretivas Antecipadas de Vontade, o Mandato Duradouro (procuração em saúde) e o Testamento Vital. No Mandato Duradouro, é eleito um ou mais procuradores em saúde, ao qual caberá, no momento de uma incapacidade provisória ou definitiva daquele que para esta incumbência o(s) elegeu, decidir, com base nas vontades daquele que esteja impossibilitado de fazê-lo. Já no Testamento Vital, aquele que o escreve dispõe sobre cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetido quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade, como nos casos de encontrar-se em estado vegetativo ou acometido por alguma demência avançada.

A vontade do paciente de como deseja ser tratado quando não poder responder por si pode ser manifestada diretamente ao médico assistente, que deverá registra-la em prontuário.

As escolhas sobre saúde incumbem ao titular desse direito personalíssimo, de acordo com seus valores e anseios, de sua história de vida, de forma a concretizar os princípios da autonomia e da dignidade da pessoa humana.

O Conselho Nacional de Justiça, em 2019, disciplinou que as Diretivas Antecipadas de Vontade devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito, o que serve igualmente como orientação e não como norma legislativa.

Importante ressaltar, que as Diretivas Antecipadas de Vontade podem ser revogadas ou modificadas a qualquer momento, por quem esteja em condições de decidir e de escolher, por todo aquele que detenha capacidade de fato.

A utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade traz segurança àquele que as manifesta e aos profissionais que executam suas escolhas, bem como aos familiares que são libertos de tomarem decisões difíceis quanto a vida de seu ente querido.

Assim, as Diretivas Antecipadas de Vontade, regularmente elaboradas com as observâncias e as garantias legais vigentes, são instrumentos hábeis a garantir a autonomia em sua concepção mais ampla, e a assegurar clareza às decisões em saúde necessárias à sua efetividade. Como nos ensina a Dra. Luz Adriana Gonzáles Correa, advogada e professora na Universidade da Colômbia: *"O direito fundamental de viver de forma digna implica também o direito a morrer dignamente"*.

O exercício de colocar em prática as Diretivas Antecipadas de Vontade, orientar os pacientes a manifestar e registrar suas vontades, sobretudo de respeitar a vontade manifesta do paciente, exige uma mudança de paradigma dos profissionais da saúde, como o paternalismo e o poder médico. Agregar profissionais das diversas áreas da saúde em equipes multidisciplinares, possibilita a saídas conjuntas, criativas e adaptadas a cada paciente.

Decidir sobre sua vida, exige informação adequada e qualificada, tanto no âmbito da saúde como sobre seus direitos. O paciente portador de doença terminal, encontra-se fragilizado, necessitando de acolhimento e compreensão para expressar desejos relativos ao final de sua vida.

Os pacientes portadores de doença terminal não precisam ser condenados a viver seus dias em um hospital. Por outro lado, o desejo da morte em casa precisa ter a garantia da assistência adequada à prevenção e alívio de eventuais sofrimentos.

Por todas razões apresentadas, ressaltamos a importância de debater e difundir o tema, de levar a informação ao maior número de pessoas. Precisamos falar sobre nossa finitude, naturalizar a "morte" para nossas vidas, para que possamos recebe-la com a dignidade que vivemos.

A (In)disponibilidade do Prontuário Médico em Caso de Falecimento do Paciente Face a Natureza Sigilosa do Documento

Djenane Nodari

Este artigo tem como questão central averiguar a (in)disponibilidade do prontuário médico em caso de falecimento do paciente face a natureza sigilosa do documento. Para responder a questão, buscamos compreender sobre a competência para legislar os assuntos relativos ao exercício da atividade da medicina, as previsões legais de disponibilidade e bem como as exceções que possibilitam a entrega do documento sem ferir dever de sigilo.

Deste modo, conforme a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, a competência para legislar matéria relativa a atividade da medicina foi atribuída ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e aos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), conforme dispõe o art. 2º " O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina, e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente."[1] Por força da lei, o CFM, publicou a Resolução nº 1.638/2002, regulamentado o prontuário, descrevendo o conceito, os requisitos mínimos, o dever de sigilo, de responsabilidade dos profissionais e das instituições de saúde e ainda a obrigatoriedade de instituir as Comissões de Revisão nas instituições de saúde, conforme o art. 1º "Definir prontuário médico como o 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

1 BRASIL. **Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm. Acesso em: 27/08/2020

multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo." [2] Da leitura do referido art. 1º, extrai que o prontuário possui natureza tríplice, ou seja, tem caráter legal, científico e sigiloso.

O primeiro se dá pelo fato de que o documento poderá ser usado como prova em processos disciplinares e judiciais, com o objetivo de identificar as ações ou omissões do médico, da equipe multiprofissional bem como a existência ou inexistência de responsabilidade da instituição de saúde onde o atendimento ocorreu. O segundo, se observa na condição de que os registros acerca da saúde do paciente podem ser utilizados no estudo e discussão de outros casos, na pesquisa pela comunidade médica e por instituições de ensino visando o aperfeiçoamento da prática médica e da pesquisa clínica sendo que o compartilhamento somente pode ocorrer em relação a patologia, os protocolos adotados no tratamento, a evolução bem como o desfecho, é vedado ao médico e as instituições compartilharem os dados dos pacientes.[3] Já o terceiro tem previsão no art. 73, da Resolução nº 2.217/2018, (Código de Ética Médica), sendo vedado ao médico "Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente" sendo que o sigilo se estende após a morte conforme o Parágrafo único "Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal."

---

2 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resolução 1.638/2020** – Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638. Acesso em: 27/08/2020

3 ARAÚJO ATM. RECHMANN IL. MAGALHÃES TA. **O sigilo do prontuário médico como um direito essencial do paciente: uma análise a partir das normativas do Conselho Federal de Medicina**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2019 jan./mar.; 8(1): 95-109.

O art. 85, do mesmo diploma diz que é vedado ao médico "Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade".[4]

O prontuário é um conjunto de documentos de extrema relevância na relação médico paciente e obrigatoriamente, deve conter a identificação do paciente; anamnese; exame físico; exames complementares e resultados; hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo; conduta terapêutica; evolução diária, com data e hora, procedimentos realizados e identificação dos profissionais que realizaram; descrições cirúrgicas; fichas de anestesia; prescrições médicas e de outros profissionais de saúde; resumo de alta e ou declaração de óbito; fichas de atendimento ambulatorial e ou de atendimento de urgência; registros de consentimentos esclarecidos.[5] De múltipla utilidade, deve ser elaborado de forma detalhada, com letras legíveis para que o paciente possa compreender considerando ainda a situação socioeconômica do paciente e deve conter a assinatura dos profissionais envolvidos, o carimbo, o nome e o nº de registro do médico junto ao CRM do local que é vinculado.

Para o professor Genival Veloso França[6], o prontuário não é apenas o registro de anamnese do paciente, mas todo o acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente aos cuidados médicos prestados, assim como os documentos pertinentes a essa assistência abrangendo desde exames clínicos do paciente, fichas de ocorrências e de prescrição terapêutica, relatórios de enfermagem, da anestesia e da cirurgia, ficha do registro dos resultados de exames complementares e cópia de solicitação e resultado de exames complementares, sendo que as informações contidas

4 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica** Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acessado em: 29/08/2020

5 FRANÇA, Daniel. **O Segredo profissional, o sigilo e a cópia do prontuário.** Disponível em: http://danielfranca.jusbrasil.com.br/artigos/111756943/o-segredo-profissional-o-sigilo-e-a-copia-do-prontuario-medico. Acesso em 29/08/2020

6 FRANÇA. Genival Veloso de. **Direito Médico**.14º Edição. Ed. Forense. 2017

no prontuário ou na ficha médica, não podem ser revelados. Muito embora o prontuário tenha caráter sigiloso, sendo um dever inerente ao desempenho da profissão médica, é um documento que pertence ao paciente sob a guarda do médico de acordo com o art. 87, § 2°, do Código de Ética Médica que descreve que "O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente" sendo que o prazo de guarda é de 20 anos, contados do último registro. Por ser documento do paciente, o mesmo tem direito a obtenção de cópias conforme o art. 88, do mesmo diploma, sendo vedado ao médico "Negar ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros". [7]

Por outro lado, a discussão sobre o direito de acesso e recebimento de cópia do prontuário médico por terceiro, em caso de paciente falecido tem se tornado recorrente e o CFM juntamente com os Conselhos Regionais tem apresentado resoluções, pareceres e notas técnicas visando orientar os médicos e demais interessados acerca da situação alertando que a Constituição Federal, o Código de Processo Penal e o Código de Ética Médica devem ser cumpridos. Vale relembrar que o sigilo profissional do médico é princípio fundamental com previsão no Código de Ética Médica, XI: "O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei". O art. 89, trata da questão dispondo que é vedado ao médico "Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa", *já o* § *1º* diz "Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz" e o § 2°, que "Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo

7 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica** Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acessado em: 29/08/2020

profissional"[8], e quando autorizado pelo paciente, a autorização deve se dar por escrito e a entrega deve observar a correta identificação de quem está fazendo a retirada.

Muito embora não há previsão legal sobre direito de personalidade de morto, é comum o familiar do falecido requerer acesso às cópias. Neste caso, a tutela jurídica em nome próprio, por direito próprio, quando se achar lesado indiretamente e que sofreu um dano reflexo, chamado de dano em ricochete, deve ser feito em juízo. A legitimidade ordinária possibilita o requerimento e o julgador analisará os motivos do pedido decidindo favorável ou não. Diante disso, é importante destacar as lições do art. 11, do Código Civil, que diz "Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária".[9] Nesse cenário, vale resgatar o prescrito na última parte da letra a, do Parágrafo único, do art. 73, já mencionado, já que o sigilo profissional se estende após a morte do paciente, porém, o acesso ao documento por terceiro pode ocorrer em três hipóteses em que o sigilo não se aplica sendo a primeira, justo motivo; a segunda, dever legal e a terceira, entrega mediante a autorização do próprio paciente.

O motivo justo é um condição subjetiva e está vinculado a interesse social ou moral, ficando o médico e ou ao juiz com o poder discricionário de observar o alegado motivo justo. Destaca-se que não basta pedidos genéricos, a motivação tem que ser plausível e comprovada. Como exemplo, motivo justo é quando o paciente é portador de doença sexualmente transmissível e se recusa a revelar sua condição ao parceiro. O dever legal, como o próprio termo diz, decorre da lei, nesse caso, a quebra do sigilo ocorre por obediência à previsão legal sendo que ao médico, cabe a obrigação de fazer a notificação compulsória. Assim, a comunicação de doenças às

8 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica** Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acessado em: 29/08/2020

9 BRASIL. Lei n° 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 29/08/2020

autoridades constitui o cumprimento do dever legal. Como exemplo, informar às autoridades que o paciente testou positivo para a Covid-19, outros exemplos são os casos de violência à mulheres e crianças. A terceira e última hipótese é o consentimento, é a possibilidade de disponibilidade de cópia do prontuário uma vez que há expressa autorização do paciente para que, depois de sua da morte, o documento seja disponibilizado.

Nos três casos, conforme descreve art. 23, do Código Penal, "Não há crime quando o agente pratica o fato: I - em estado de necessidade; II - em legítima defesa; III - em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito".[10]

Sendo a autorização condição incontestável, a discussão ainda persiste nos casos em que o paciente não deixou expressa a vontade face a quem, e por que, está pleiteando o acesso ao documento. Muito embora tenha sido editada por conta de procedimento exclusivo, a Recomendação do CFM nº 3/2014,[11] vem contribuindo para nortear casos similares tendo em vista que naquele particular, a orientação foi para que os médicos e as instituições de saúde fornecessem, quando solicitados pelo conjugue/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos de seus entes falecido. A referida Recomendação colocou como condição para a entrega, o dever de haver prova documental do vínculo familiar observando a ordem de vocação hereditária bem como que os pacientes sejam informados da necessidade de manifestação expressa da objeção à divulgação do prontuário médico do falecido.

Muito embora o sigilo é direito do paciente e dever do médico e da instituição, com este singelo estudo foi possível concluir que o sigilo profissional não é revestido de caráter absoluto, sendo

10 BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 29/08/2020

11 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Recomendação CFM n.03/2014** – Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/3_2014.pdf. Acesso em: 30/08/2020

a relativização uma condição essencial tendo em vista as exceções ditadas pela força da lei. Portanto, os familiares dos falecidos que comprovarem os requisitos de grau de parentesco e justo motivo, quando não possuírem a autorização expressa com efeito após a morte, podem ter acesso às cópias do prontuário por meio de medida voluntária interposta me juízo. De outro lado, para a garantia do dever de sigilo do conteúdo dos documentos, o médico e a instituição de saúde, deve fazer a entrega do prontuário mediante advertência de que o sigilo deve ser mantido, inclusive podendo exigir a assinatura em termo de compromisso de confidencialidade.

Autonomia - Do Médico e do Paciente

Érica Biondi

Autonomia do paciente e objeção de consciência do médico é um dos assuntos que demanda muita discussão e é exatamente esse assunto que iremos tratar nesse trabalho.

1. Autonomia

A Resolução 2232 de 2019 do Conselho Federal de Medicina, estabeleceu normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e a objeção de consciência do médico.

Vale destacar que essa Resolução está sendo discutida judicialmente e inclusive já houve uma decisão da Justiça Federal em São Paulo, suspendendo a eficácia de alguns artigos dessa Resolução.

Porém, devemos observar os aspectos conceituais da recusa terapêutica e da objeção de consciência que constam nessa Resolução.

2. Base Legal da Autonomia

Precisamos analisar qual é a base legal da autonomia do médico e do paciente.

2.1. Constituição Federal

A base legal de maior destaque é a garantia trazida pela Constituição Federal, no artigo 5º, incisos II, IV, VI e XI.

Assim, ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei. Desse modo, a autonomia não é plena, ela é limitada. Somos autônomos, mas podendo fazer tudo o que a lei não nos proíbe.

Já no inciso IV, do artigo 5º da Constituição Federal garante que é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato. Isso traz segurança para as pessoas, pois tem o direito de se manifestarem como quiserem e ninguém poderá censurar o posicionamento do outro.

Porém, nesse ponto também há restrição, já que a Constituição veda o anonimato, pois se na livre manifestação de pensamento a pessoa causar um dano a outra pessoa, haverá responsabilização por isso.

Na mesma linha de garantias, a Constituição garante, no inciso VI, do mencionado artigo, que é inviolável a liberdade de consciência e de crença.

E por fim, o inciso IX do mesmo artigo garante a livre expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença.

Com a análise desses incisos da Constituição Federal, já podemos analisar toda a base da autonomia, tanto do médico, quanto do paciente.

2.2. Código Civil

Porém, há também garantias infraconstitucionais, como o próprio Código Civil.

O Código Civil garante no artigo 15, que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Porém, quando se tratar de um paciente absolutamente incapaz, ele pode ser submetido a tratamento médico que o beneficie, mesmo contra a vontade do seu representante legal. Com essa garantia, o médico deve fazer a intervenção quando for um tratamento médico que beneficie esse paciente absolutamente incapaz, mesmo que o representante legal não autorize.

2.3. Código de Ética Médica (Resolução 2217/18)

O Conselho Federal de Medicina edita algumas resoluções referentes ao exercício da Medicina e nesse ponto temos o Código de Ética Médica e na parte do princípio fundamental da Medicina, o inciso VII garante que o médico exercerá sua profissão com autonomia e, ainda, não será obrigado a prestar serviços que contrariem os ditamos de sua consciência, excetuadas as situações de ausência de outro médico ou em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Assim, o médico possui autonomia garantida pelo próprio Código de Ética Médica como Princípio Fundamental do exercício da Medicina, lembrando que a autonomia não é plena, havendo também certa limitação.

Dentro do próprio Código de Ética Médica há outras garantias para o médico, como não poder renunciar sua liberdade profissional, além de que nenhuma disposição estatutária ou regimental da instituição que o médico trabalha poderá limitar a escolha do profissional dos meios cientificamente reconhecidos para o tratamento do seu paciente.

E, por fim, o artigo 36 traz que o médico não pode abandonar o paciente sob seus cuidados, mas pode se recusar a atendê-lo, desde que comunique previamente o paciente ou o seu representante legal, encaminhando-o para que ele continue o tratamento, fornecendo todas as informações necessárias para o médico que for dar continuidade ao tratamento do mesmo.

3. Pilares da Autonomia

O exercício pleno da autonomia envolve, basicamente, dois pilares: a Liberdade e a Escolha.

Autonomia significa autogoverno, autodeterminação e é a capacidade que nós temos de fazermos o que quisermos com a nossa vida, mas isso somente será possível quando possuímos liberdade para escolher, ou seja, sem pressão ou coação para realizarmos tal escolha.

Já na outra ponta da autonomia está a escolha. Assim, deve haver a possibilidade de escolha para o paciente, pois se só há uma possibilidade de tratamento, a pessoa não tem autonomia, não tem escolha.

Nesse ponto, há controvérsias, uma vez que, mesmo que haja apenas uma possibilidade de tratamento, há sim escolha, uma vez que o paciente pode escolher entre seguir essa única possibilidade apresentada ou ainda, escolher não seguir com o tratamento.

Desse modo, não haveria somente uma escolha a ser tomada, tendo sim autonomia.

4. Objeção de Consciência

Dentro do Princípio do Exercício da Medicina, no processo de tomada de decisões do médico, respeitando as próprias limitações de sua consciência e previsões legais, o médico deve aceitar as escolhas do seu paciente em relação aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que o mesmo vier a escolher.

Mesmo que a técnica ou tratamento escolhido pelo paciente seja permitido por lei, o médico pode se recusar a realizá-lo e encaminhar o paciente para outro colega, já que pode ir contra aos ditames da consciência daquele médico.

Assim, o médico deve respeitar a autonomia do paciente e, também, a sua própria consciência, encaminhando o paciente para outro profissional, fazendo uma transição tranquila, oferecendo todas as informações para que esse tratamento continue.

5. Recusa Terapêutica

A primeira coisa que precisamos observar é que a recusa terapêutica é um direito do paciente e que deve ser respeitada pelo médico, desde que o profissional o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão, devendo ser realizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A própria Resolução 2232 de 2019 que trata da recusa terapêutica, em seu artigo 2º, assegura esse direito, mas diante de um tratamento eletivo, ou seja, que seja possível uma conversa prévia, que não seja um caso de urgência e emergência.

Em caso de urgência e emergência, haverá a realização do tratamento, independentemente da vontade do paciente.

6. Conclusão

Assim, a objeção de consciência é um não fazer do médico, sendo um direito do profissional diante da recusa terapêutica do paciente

Segundo o Código de Ética, a objeção de consciência é muito mais ampla do que a que consta na própria Resolução 2232 de 2019.

Portanto, é um direito que o médico tem de não praticar atos contrários às suas próprias convicções, não sendo apenas diante da recusa terapêutica do paciente, ela é muito mais ampla.

Dever Informacional na Medicina e na Odontologia

Eveline Macena

O Dever Informacional encontra amparo não apenas na Bioética, mas também no ordenamento jurídico, notadamente na Constituição Federal, no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor. Este direito do paciente se transforma em uma obrigação para o profissional de saúde, no dever de informar de maneira clara, adequada, pertinente e compreensível, sendo-lhe proibido omitir informações relevantes, distorcê-las ou manipulá-las, de modo a comprometer a capacidade decisória do paciente.

Na saúde, a comunicação é responsável pela construção de um encontro entre o profissional de saúde e o paciente, capaz de permitir a troca da informação de modo a possibilitar a melhor prática possível, o que perpassa pelo Dever Informacional na Medicina e na Odontologia, partindo do principio de que a informação e o modo como ela é passada são a base para a tomada de decisão quanto ao problema apresentado ao profissional.

Mesmo que o paciente seja menor de idade ou incapaz e que seus pais ou responsáveis tenha tal conhecimento, ele tem o direito de ser informado e esclarecido, principalmente a respeito das principais precauções. O dever de informar é imperativo como requisito prévio para o consentimento, consagrando o princípio da autonomia, pelo qual o paciente tem por o direito de ser autor do seu próprio destino e de optar pelo rumo que quer dar à sua vida. Assim, por exemplo, os portadores de transtornos mentais, mesmo legalmente incapazes, não devem ser isentos de sua capacidade de decidir.

Por isso, a informação deve ocorrer de modo simples, com caráter aproximativo, inteligível, e, principalmente, respeitoso às diferenças intelectuais e às particularidades emocionais apresentadas no momento do encontro, por ser o profissional de saúde quem carrega o conhecimento das aflições e angústias que envolvem um momento de dor.

Deste modo, há que se levar em consideração que por vezes, decorrente de história traumática ou quadro psicológico delicado, inspirador de cuidados, o paciente pode não ter estrutura suficiente para receber informações de conteúdo negativo, sendo-lhe mais prejudicial ao tratamento do que a própria ignorância sobre a sua condição física e os prognósticos de seu caso.

Em situações como essa, o médico fica isento do dever informacional diretamente ao paciente. Contudo, a informação deverá estar inteiramente descrita em prontuário, de modo a garantir ao médico que, em caso de sua decisão vir a ser contestada posteriormente, este tenha como justificá-la e defendê-la.

Importante lembrar que o profissional de saúde deve informar sem exagerar na gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, não complicar a terapêutica ou exceder no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos, conforme preceitua no art. 35, do Código de Ética Médica. O que se busca evitar é o terrorismo terapêutico, por vezes utilizado pelo profissional de saúde, diante de um paciente vulnerável, seja por não conhecer o assunto ou por sua fragilidade momentânea.

É dever ético do médico informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal, é o que traz o art. 34, do Código de Ética Médica.

Contudo, a informação não pode ser repassada sem cautela ao acompanhante, por as informações de saúde serem resguardadas por sigilo. A confidencialidade na relação com o paciente precisa ser preservada sempre, de modo a evitar que informações confidenciais sejam devassadas. O paciente poderá eleger representante legal, por circunstância de Diretivas Antecipadas de Vontade ou mesmo com indicação no próprio prontuário, que não necessariamente seja algum familiar, mas alguém de confiança e discernimento que possa tomar decisões de saúde, conforme desejos, hábitos, valores, princípios e comportamento do paciente.

O direito de não saber também será levado em consideração, especialmente nos casos de pacientes terminais ou com enfermidades muito graves, que optam por ser manterem equidistantes da real condição de saúde.

Assim, a informação de saúde transmitida pelo médico ou pelo cirurgião dentista deve servir ao consentimento esclarecido, entendendo-se como o obtido de agente capaz civilmente a apto para entender e considerar adequada a conduta médica, isenta de coação, influência ou indução. Contudo, não poderá ser colhido esse consentimento através de uma simples assinatura depois de leitura apressada em textos minúsculos de formulários a caminho da sala de cirurgia, mas por meio de uma linguagem acessível ao seu nível de conhecimento e compreensão, resultando na informação adequada ao paciente.

E sempre que houver mudança significativas nos procedimentos terapêuticos, deve-se obter o consentimento continuado, pois a permissão dada anteriormente tinha tempo e atos definidos, consubstanciada no princípio da temporalidade. Haja vista que em qualquer momento da relação profissional, o paciente tem o direito de não mais consentir certa prática ou conduta, mesmo já consentida por escrito, revogando assim a permissão outorgada, consoante princípio da revogabilidade, por o consentimento ser mutável.

Há de se analisar também, que apesar de existir permissão tácita ou expressa, não se justifica a realização do ato permitido. Ao médico caberá a recusa de realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames se sua consciência, diante do direito à chamada objeção de consciência, como forma de autonomia e liberdade profissional no exercício da medicina. Ou mesmo, em respeito ao princípio da não maleficência.

É lícito ao médico, por razões éticas, morais, religiosas ou pessoais que somente a ele interessa, recusar-se a executar determinadas práticas acaso vão de encontro com seus valores, mesmo sendo perfeitamente lícitas e aprovadas pela boa prática médica.

Nessas situações o médico deverá encaminhar o paciente para outro médico, de modo que este realize o ato. Todavia, cabe ressaltar que a urgência e emergência será impeditiva da utilização desta prerrogativa, bem como, se for o único médico em atividade, naquele local e momento.

Há de se convir, no entanto, que tratando-se do inadiável e do indispensável, estando o próprio interesse do paciente em risco, deve o médico realizar, por meio menos gravosos, o que aconselha sua consciência e o que seria mais adequado para a saúde do paciente, com respaldo no princípio da beneficência.

Assim, as informações quanto a saúde do paciente deve estar descrita em ordem cronológica e com todos os detalhes no prontuário do paciente. Entende-se por prontuário não apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo o acervo documental ordenado e conciso, referente às anotações e cuidados médicos prestados e aos documentos anexos. Sendo as informações do prontuário confidenciais e disponíveis ao paciente.

E por, normalmente, o profissional de saúde atuar em conjunto com demais profissionais, sob interação de protocolos e procedimentos de saúde, será necessária a troca de informação de modo salutar entre os profissionais, sem sonegação de informação entre eles, visto que a necessidade de conhecer informação fidedigna vislumbra a saúde do paciente em comum.

Por fim, o descumprimento pelo profissional de saúde quanto ao dever de informar caracteriza-se no dano (negligência) informacional, com assento no Código de Defesa do Consumidor, por a relação médico paciente ter sido definida como relação de consumo. Esses profissionais respondem pela reparação dos defeitos relativos à prestação dos serviços, mas também pelas informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

A Importância do Direito Médico na Formação do Médico

Flávia Dornelas Kurkowski

1. Introdução

Desde a antiguidade, já existia uma preocupação sobre a responsabilidade jurídica do médico. Na Grécia Antiga, Hipócrates (460-351 a.C.), o pai da medicina, formulou o Princípio da Não Maleficência. Na Mesopotâmia, o Código Hamurabi (século XVIII a.C.) estabeleceu o "olho por olho, dente por dente" (SOUZA, 2020, p. 10).

No Brasil, o antigo Código Civil de 1916 estabeleceu o princípio geral da responsabilidade civil do causador de qualquer espécie de dano, o que abrangia o médico (SILVA, 2020, p. 7).

Nas última décadas, constata-se o aumento dos processos por infração ética contra os médicos, principalmente nas áreas de ginecologia e obstetrícia assim como cirurgia geral. Nota-se, também, que a maior incidência desses processos ocorre nos ambientes públicos de saúde em comparação aos privados (BITENCOURT, 2007, p. 226). Entre os motivos para tal fenômeno, podem ser mencionados: o conhecimento dos direitos por parte dos pacientes; a contínua criação de faculdades de medicina e a correlata formação de mais médicos (CHEHUEN NETO, 2011, p. 8); a sobrecarga de trabalho dos médicos atrelada à baixa remuneração; e as condições precárias de trabalho (BITENCOURT, 2007, p. 226).

Igualmente, destaca-se como justificativa das infrações médicas a carência da disciplina de direito médico na grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação médicas. Essa disciplina afigura-se fundamental na formação de um profissional, o qual, além de dominar a parte técnica da sua área, deve atuar de forma humana e com amparo no conhecimento das leis que regem o seu ofício.

O direito médico é a área que trata dos direitos e deveres dos profissionais, das instituições, do poder público e dos pacientes, relacionados com a prestação de serviços de saúde. Portanto, a disciplina

de direito médico, contemplando as responsabilidades criminal, civil e administrativo-disciplinar, tem como propósito enfatizar, desde o começo do curso, os aspectos fundamentais do comportamento do profissional médico, dando-lhe subsídios para exercer as suas atividades com segurança jurídica (GRISARD, 2002, p. 100-101).

O presente trabalho investigará se o aumento da oferta da disciplina de direito médico, especialmente sobre os deveres éticos, nas grades curriculares das instituições de ensino médico, implicará a redução dos processos por infrações médicas. Ao final, proporá medidas visando ao aumento da oferta da matéria na formação e como educação continuada desse profissional.

2. O Aumento das Infrações Decorrente da Carência Curricular do Direito Médico

A infração ético-disciplinar consiste na violação, pelo médico, de um dever estatuído em ato normativo, a exemplo do Código de Ética Médica, previsto na Resolução n. 2217/2018 do Conselho Federal de Medicina.

Especificamente, a disciplina de direito médico objetiva estudar a legalidade das ações do médico, fornecendo-lhe conhecimentos capazes de nortear as suas ações. Porém, a matéria nem sempre é ministrada com carga horária suficiente e de forma compreensiva (CALHEIRA, 2019, p. 27).

Para desenvolver o seu problema, o presente artigo empreendeu pesquisa sobre a presença da disciplina de direito médico, utilizando os vocábulos "direito", "jurídico", "ética" e "bioética", nas grades curriculares dos cursos de Medicina das instituições de ensino públicas e particulares do Brasil. Igualmente, essa mesma pesquisa foi realizada sobre as resoluções das residências médicas do Ministério da Educação (MEC).

Analisaram-se 159 grades curriculares da graduação em Medicina. A disciplina de "ética" ou "bioética" estava presente em 38,6%; já a disciplina de direito médico, em 6,6%, o que corresponde a, somente, uma grade curricular, de um universo de 159.

Quanto às residências médicas, foram avaliadas 26 resoluções existentes no site do MEC. Destas, 80,7% fizeram referência à abordagem da "ética" ou "bioética" como conduta do profissional; 3,8% abordaram o termo "jurídico"; e nenhuma o direito médico.

Estes resultados estão muito aquém dos encontrados em outro estudo (TIMPONE, 2020), que avaliou apenas 54 Universidades Federais do país e constatou a presença da matéria de "bioética" em 94,4% delas. Uma das justificativas para essa disparidade, certamente, está na circunstâncias de que a presente pesquisa avaliou quantitativamente quase o *triplo* de instituições de ensino, abrangendo inclusive as particulares. Vale ainda dizer que o estudo referido (TIMPONE, 2020) concluiu que 67,9% das disciplinas de "bioética" estão incluídas em outras áreas, não constituindo uma disciplina autônoma, dedicada unicamente para o tema. Ademais, 16,6% das disciplinas de "bioética" são oferecidas de forma optativa pelas Universidades Federais avaliadas, ou seja, dependem exclusivamente do interesse pessoal do aluno em cursá-la.

Outro estudo (CHEHUEN NETO, 2011, p. 7-9), que avalia a percepção do erro médico pelos alunos de graduação da medicina, concluiu que 63,9% deles têm conhecimento acerca das leis de proteção ao paciente e 64,3% sobre as leis de proteção ao médico, destacando-se que a maioria refere ter obtido esses conhecimentos pela faculdade. O mesmo estudo relata que 61% dos alunos sabem da existência da matéria de "ética" ou "bioética" no decorrer do curso. Nas faculdades em que existia a disciplina, 85,5% dos alunos qualificaram-na como sendo eficaz. Contraditoriamente, apenas 27,7% dos alunos referiram sentir-se preparados para a vida profissional.

Os dados obtidos demonstram que a matéria de ética médica está presente na minoria das instituições de medicina do Brasil, porém, em algumas, somente de forma eletiva. Infere-se, ainda, que a disciplina de direito médico, abordando as responsabilidades civil e penal, não deve ser ministrada pela maioria das faculdades, pois, de um total de 159 grades curriculares avaliadas, somente em uma constava a matéria em questão, como observado mais acima.

Esses dados corroboram a insuficiência de conhecimento pelo profissional médico em lidar com fatos e questões jurídicas, o que certamente contribui para o aumento dos processos contra os médicos.

Com o intuito de sanar o problema, ao menos minorá-lo, o presente trabalho propõe a inclusão obrigatória da disciplina de direito médico, abrangendo todas as suas competências, nos cursos de graduação e pós-graduação de medicina, tanto das instituições públicas quanto das privadas.

Além disso, sugere que a matéria tenha carga horária compatível com a magnitude da profissão que será exercida, após a formatura. Nesse mesmo sentido, ela deve ser oferecida em vários semestres letivos, de formas expositiva e reflexiva.

Cabe ressaltar que a disciplina de direito médico também deve ser contemplada por meio de educação continuada pelas instituições privadas da área da saúde, pelo Sistema Único de Saúde, pelos Conselhos e Sindicatos Médicos e pelos congressos e simpósios **médicos.**

Também, impõe-se a exortação aos médicos no sentido de eles, por vontade própria, independentemente de qualquer sugestão externa, se manterem constantemente atualizados quanto ao cumprimento dos seus deveres profissionais.

3. Conclusão

Apesar de os médicos estarem tecnicamente preparados para o exercício da sua profissão, nota-se uma insuficiência quanto ao conhecimento sobre os atos normativos, inclusive do ponto de vista deontológico, que regem a sua profissão.

Uma vez que a responsabilidade do médico se estrutura num sistema cada vez mais rigoroso, no qual a exigência é continuamente elevada, a inserção da disciplina de direito médico nas grades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação de medicina faz-se premente.

Paralelamente, afigura-se de fundamental importância a existência de educação continuada sobre o tema, passível de ser oferecida pelas instituições privadas e públicas de saúde, pelos Conselhos e Sindicatos médicos e pelos encontros científicos médicos.

Telemedicina e os Impactos da LGPD

Flávio Schumacher

O presente artigo tem a finalidade de levantar alguns impactos que a nova Lei Geral de Proteção de Dados terá no âmbito da telemedicina.

Na medida que os negócios se tornam cada vez mais direcionados a dados, voltados para o uso expressivo dos dados pessoais para a obtenção de informações e consequente benefícios em razão do conhecimento profundo do perfil dos pacientes, a resposta do legislador ao redor do mundo, neste contexto, tem sido de criar novas leis e regulamentos sobre o tema, definindo o que pode ser feito com os dados, quando eles podem ser tratados e quais os direitos e garantias que devem ser observados em relação aos titulares destes dados. No mesmo sentido a medicina, através das suas regulamentações ético -profissionais, busca a melhor e mais adequada assistência aos seus pacientes, norteadas sempre pelos princípios da bioética.

Após um longo período de tramitação no Congresso Nacional, no dia 14 de agosto de 2018 foi sancionada a Lei 13.709, a nossa LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). Ela dispõe sobre tratamento de dados de pessoas naturais, tanto por meio físico, quanto por meio digital, reconhecendo a finalidade da tutela desses dados/informações para a proteção de direitos, como os da liberdade de expressão e de comunicação, privacidade, honra, imagem, autodeterminação informativa e livre desenvolvimento da personalidade (art. 2º).

Conforme disposto na resolução CFM nº 1643/2002, a telemedicina é o exercício da Medicina mediante o emprego de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde (art. 1º). É notório o avanço da tecnologia da informação e da comunicação desde a edição desta resolução, além da utilização da telemedicina ganhar cada vez mais espaço no Brasil e no mundo. Em 2018 houve uma tentativa de atualização que foi motivo de muitas discussões e divergências, sendo

retirada e voltando a resolução anterior. Agora com a pandemia, muitas possibilidades foram retomadas devido a situação emergencial. O atual estágio da tecnologia e das inovações integram um conjunto de soluções aplicáveis e disponíveis para a telemedicina.

Com isso o CFM divulgou, em 19.03.2020, o Ofício nº 1756/2020 – COJUR, por meio do qual autorizou a prática de três serviços médicos à distância durante o combate à pandemia: Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento; Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença e Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

Por outro lado, o Governo Federal, com fundamento no art. 3º da Lei 13.979/20 (Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019), editou a Portaria nº 467, de 20.3.2020, publicada no DOU em 23.3.2020, do Ministério da Saúde, que autorizou a prática da Telemedicina tanto no âmbito público como privado, expandindo os alcances determinados pelo CFM, possibilitando um número maior de atendimentos mediados pela telecomunicação e pela informática, entre eles a teleconsulta, emissão de receitas e atestados.

Nesse contexto temos a LGPD, que, apesar de ainda não estar em vigor, estabelece o conceito de dados pessoais sensíveis, onde dados de saúde são assim considerados, devido ao seu potencial maior de causar discriminação, uso abusivo e não igualitário destes dados.

Para que haja o tratamento dos dados pessoais, além da boa-fé, devem ser observados os seguintes princípios: finalidade: realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades; adequação: compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas ao titular, de acordo

com o contexto do tratamento; necessidade: limitação do tratamento ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados; livre acesso: garantia, aos titulares, de consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integralidade de seus dados pessoais; qualidade dos dados: garantia, aos titulares, de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento; transparência: garantia, aos titulares, de informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial; segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão; prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais; não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos e responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas. Portanto, a observação de tais princípios é obrigatória em todos os tratamentos dos dados pessoais sensíveis.

Já é realidade que empresas de tecnologia e prestadoras de serviços médicos desenvolvem *softwares* e plataformas digitais com soluções voltadas a teletriagem, teleorientação, telemonitoramento, telelaudos, teleconsultas e emissão de segunda opinião médica por meio de plataformas e aplicativos. Obrigam-se a respeitar a legislação que versa sobre privacidade e segurança da informação, como a LGPD, além do Código de Ética Médica e outras resoluções pertinentes do CFM.

Tomando por exemplo a teleconsulta (devendo ser feitas as mesmas ponderações e adequações para os demais usos da telemedicina), alguns cuidados devem ser observados: a) se realizada através de videoconferência, no caso de gravação do atendimento

devemos informar ao paciente tal ação e quais as finalidades. Sendo consentido, deverá fazer parte do prontuário e ser guardada de forma segura e criptografada, pelo tempo indicado na legislação, ou seja, 20 anos. b) O meio de atendimento escolhido deve garantir a integridade, a segurança e o sigilo das informações. O médico é livre para contratar qualquer plataforma existente no mercado, sendo o responsável por tal escolha. Assim, deve ler os termos de uso, a política de privacidade e se disponibiliza termo de consentimento para o paciente. c) Veja quais são os meios de pagamento fornecidos pela plataforma, tanto para o médico quanto para o paciente. d) Caso o médico opte por não utilizar estas plataformas, poderá se utilizar de outras como o Zoom, Skype, Teams, porém estas não foram criadas para tal finalidade, o que pode trazer riscos aos dados trafegados, oferecer menos segurança na proteção destes dados, que também é responsabilidade do médico. Algumas delas, em seus termos de uso, permitem compartilhamento com terceiros e não garantem muitos dos princípios determinados pela LGPD (como por exemplo, o WhatsApp). Isso pode ser um problema, principalmente no que se refere às mensagens e documentos trocados pelo aplicativo. O sigilo dos dados do paciente é obrigação do médico. e) elaborar o prontuário médico do paciente, observando a anotação do meio utilizado (plataforma comercial, plataforma ou software comum de comunicação, telefone, etc. Se o prontuário for de papel as mesmas informações devem constar.

Dados obtidos durante uma consulta de telemedicina devem ser protegidos para evitar acesso não autorizado, isto por meio de medidas de segurança da informação apropriadas e atualizadas constantemente. Para isso, a empresa pode utilizar recursos como detecção de vulnerabilidades de hardwares e softwares, efetuar backups periódicos e realizar controles de acesso, tanto físico quanto lógico (controle de acessos com travas especiais nas portas, antivírus, firewall , dupla criptografia para banco de dados). Uma política de gestão de dados apropriada, com a conscientização interna das equipes através de treinamentos frequentes pode ajudar a evitar o risco de incidentes de segurança causados internamente por negligência ou mesmo dolo e implementar a cultura de privacidade e proteção de dados na instituição.

A redação do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) que será disponibilizado ao paciente deve ser feita com muita atenção, de modo a salvaguardar os direitos do titular, previstos no artigo 18 da LGPD, assim como esclarecer em que circunstâncias dados poderão permanecer armazenados pelo controlador, de forma segura, à luz do artigo 16, I, da LGPD, dispensando-se a eliminação. A LGPD considera consentimento "a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o paciente concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada". No caso de um serviço prestado online, o TCLE não será aprovado pelo paciente na forma de assinatura em documento físico, sendo que todo cuidado é preciso para demonstrar a manifestação inequívoca de vontade do paciente, para o fim de amenizar o risco de vícios e, consequentemente, a nulidade. A manifestação de vontade genérica e sem restrições de qualquer natureza autorizando o tratamento de dados é expressamente vedada pela lei. No caso de tratamento de dados de saúde, cabe salientar que o paciente é vulnerável, por se tratar de dados sensíveis (de natureza personalíssima e potencialmente discriminatória). Caso a teleconsulta se dê através de vídeochamada, após as devidas informações e esclarecimentos, o consentimento pode se dar de forma verbal.

Cabe ressaltar que o dever de sigilo profissional se estende às equipes assistenciais envolvidas no atendimento, como enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos. Ninguém da empresa médica, além do médico e desses profissionais, pode acessar o prontuário sem o consentimento inequívoco do paciente. Por outro lado, a LGPD prevê bases legais taxativas para o tratamento de dados pessoais sensíveis sem o consentimento do titular-paciente.

Assim, para além do uso da telemedicina, importante as clínicas, hospitais e consultórios se adequarem as regras da LGPD, principalmente em relação a avaliação e revisão de que tipo de tecnologias são utilizadas, qual a segurança que elas possuem, quais são as políticas de privacidade e proteção de dados praticadas, se há prevenção em relação a possíveis incidentes de segurança da informação (acessos não autorizados, destruição, perda, alteração, comunicação) ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Observados os princípios, exercida de maneira ética e legal e respeitando-se a liberdade, privacidade e proteção dos dados do paciente, a telemedicina não viola a relação médico-paciente. Além disso, não existe na lei vedação expressa da prática da telemedicina. A adequada redação do termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelo paciente, e a devida atualização constante de ferramentas de segurança da informação por parte das empresas médicas que oferecem serviços de telemedicina são pontos que devem ser observados e orientar a atividade para garantir a conformidade legal e ética da empresa. Estas ações visam evitar as graves sanções previstas pelo artigo 52 da LGPD e também pelo Código de Ética Médica. Ao avaliar a conduta do médico, o Conselho Regional de Medicina pode aplicar as penas previstas na Lei 3.268/1957.

A telemedicina conduzida de forma ética, que tenha como prisma resguardar o sigilo, a privacidade, a proteção dos dados e a segurança da informação jamais substituirá o médico. Há, sim, a urgência de atualizar a regulamentação da prática, para além da pandemia, de modo que se tenha compreensão das possibilidades e dos limites do exercício da telemedicina de forma mais compatível com a realidade digital e legal atuais.

Autonomia do Paciente

Jussele Pires Romanin Marione

1. Introdução

A palavra Autonomia é de origem grega e traz como significado a capacidade de governarem-se pelos seus próprios meios, pelas suas próprias leis. Em linhas gerais, a autonomia possibilita a capacidade humana de agir de acordo com a sua própria vontade.

Decerto que a autonomia está vinculada a liberdade, vontade e a ética uma vez que um indivíduo desprovido de capacidades mentais não poderá julgar o caráter ético de determinada ação.

O estudo sobre o caráter ético e bioético no exercício das profissões de Saúde vem ganhando forma e crescimento nas últimas décadas.

A bioética abrange reflexões que atingem a sociedade como um todo, buscando o estudo, análise e abordagem de conflitos morais na Saúde, baseando-se em quatro princípios: beneficência, não maleficência, autonomia do paciente e justiça. No presente estudo daremos foco ao princípio da autonomia do paciente.

2. Bioética e seus princípios

A bioética passou a ser vista a partir da metade do século XX com o avanço e desenvolvimento da medicina e das ciências trazendo como propósito a compreensão da humanidade para uma vida mais digna, humana e igualitária.

A bioética possui alguns princípios basilares, Sendo eles:

O princípio da beneficência busca oferecer ao paciente a melhor condição e o melhor tratamento de forma que o procedimento oferecido deve ter o menor prejuízo ao paciente.

Quanto ao princípio da não maleficência, agregado o primeiro, busca proteger o paciente de forma que veda fins ilícitos para propagar a cura, isso é, nenhum mal intencional pode ser causado ao paciente.

Já ao que se refere ao princípio da justiça, em linhas gerais, é equalizar, devendo o médico atuar com imparcialidade quanto aos aspectos sociais, religiosos e culturais, tratando paciente da forma que lhe é devido.

3. Princípio da Autonomia da Vontade do Paciente

O presente estudo tem como objetivo focal examinar os aspectos gerais da autonomia do paciente.

Entretanto, antes de adentrarmos em uma discussão mais abrangente do tema é importante ressaltar que esse avanço da medicina, pelo qual o paciente possa ditar os rumos de seu tratamento, tem como pilar o princípio da autonomia do paciente que nada mais é do que o profissional da saúde ter que agir de acordo com os interesses do próprio paciente, ou seja, é a capacidade do paciente de agir de forma intencional sobre a conduta que lhe será oferecida, isto é, para que o paciente possa consentir ou recusar um tratamento o mesmo deve ser capaz de agir intencionalmente.

Dessa forma, pessoas incapazes ou que estejam inconscientes e com alterações do nível de capacidade reduzida não podem agir intencionalmente de forma que não podem ser autônomas de sua própria vontade. A ausência de capacidade e consciência torna inviável a autonomia do paciente.

Portanto, diante da abordagem acima, há uma infinidade de questionamentos e reflexões que cercam esse princípio da Bioética desde a relação entre o médico e o paciente, até mesmo sobre a capacidade de compreensão do paciente sobre as consequências do tratamento/ procedimento e riscos ou em relação às pessoas com autonomia reduzida (como relativamente incapazes ou pessoas com alguma doença mental) e até mesmo sobre a interferência familiar ou judicial sobre a decisão do paciente.

Ressalta-se que para que o paciente possa agir de acordo com a sua vontade o mesmo precisa ser esclarecido pelo médico de forma que compreenda as consequências daquela ação.

4. Consentimento livre e esclarecido e a Relação Médico Paciente

Para a eficácia da autonomia do paciente pressupõe uma conduta ética e respeitosa do médico para decisões do enfermo. Vez que respeitar a autonomia é antes de tudo reconhecer sua dignidade (Lepargneur, 2002, p.177/182).

A relação entre o médico e o paciente é um dos pontos primordiais e relevantes da medicina, pois a confiança entre ambos será decisiva par suprir os as necessidades do tratamento. A possibilidade e oportunidade do paciente participar das decisões sobre seu tratamento aumentam a satisfação com o médico e com o tratamento.

O termo de consentimento livre e esclarecido ou o termo de consentimento informado são fundamentais para o pleno exercício da autonomia, bem como para resguardo e proteção do médico. Acentua-se que o consentimento pode ser revogado a qualquer tempo da relação entre médico/paciente.

É necessário que o paciente seja esclarecido de todas as opções terapêuticas para que consinta de forma livre e espontânea com o tratamento oferecido pelo profissional da saúde de maneira consciente (para cada etapa do tratamento), caso o paciente esteja impedido de receber informações sobre seu tratamento as mesmas poderão ser repassada ao seu responsável legal.

Ressalta-se que o médico que deixar de prestar esclarecimentos de forma clara e precisa poderá responder judicialmente pela ausência de informação.

5. Das recusas de tratamento

Decerto que se o paciente pode ditar se concorda ou não com um tratamento que lhe é oferecido que o mesmo poderá recusar determinado tratamento.

Além do princípio da autonomia do paciente os mesmos podem valer-se dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal no artigo 5º caput e inciso VI que garante a liberdade e escolha dos cidadãos.

Entretanto, há um grande óbice quando a recusa pode ser prejudicial à vida, ocasião em que os médicos ficam de frente a frente com o conflito entre a vontade do paciente e a vida, como exemplo disso, é muito comum, delicado e discutível a recusa em receber transfusão de sangue por parte dos membros da religião Testemunhas de Jeová.

Atualmente grande parte da jurisprudência entende que apenas em casos de estado grave e de urgência o médico deverá agir mesmo contra a vontade do paciente.

6. Das Exceções da Autonomia

O Conselho Federal de Medicina regulamenta que a autonomia do paciente será limitada para pacientes que recusam tratamento colocando em risco a vida de terceiros como pessoas com doenças transmissíveis e gestantes.

Outra hipótese em que a autonomia não é absoluta é quando o paciente solicita a "alta a pedido" nesse caso a alta só será concedida se o paciente assinar um termo de responsabilidade e se não restarem prejuízos à vida do paciente.

7. Terminalidade da vida e a Autonomia do Paciente

A decisão entre manter-se vivo ou optar por uma morte planejada e digna abrange a autonomia do paciente**.** A discussão acerca da Terminalidade da Vida nunca é simples, o avanço da ciência e tecnologia trouxe para a humanidade intervenções artificiais para manutenção da vida

Quanto o paciente não tiver lucidez, consciência e capacidade para a escolha pode ocorrer intervenção estatal. O ordenamento jurídico prevê e autoriza que os pacientes façam seu testamento vital apontando os limites do tratamento para quando não puderem manifestar mais a sua vontade, em alguns casos os familiares são resistentes ao cumprimento do testamento, porém, aconselha-se que os médicos optem pela vontade do paciente.

8. Conclusões

Conclui-se que é imperiosa a discussão e estudo sobre o direito de liberdade do paciente pelas inúmeras situações que por meio dele podem surgir, tanto para um tratamento cada vez mais digno e eficaz e em companheirismos à relação médico paciente quando nas situações mais complexas em que envolvem uma recusa de tratamento.

Nesse cenário da bioética podemos ter dois grandes direitos fundamentais em conflito.

Atualmente quando isto é colocado "a prova" no judiciário prevalece o direito à vida, vez que dele emanam todos os outros direitos.

Espera-se cada vez mais o avanço nos comitês bioéticos sobre o tema vez que direito à vida bem como a necessidade de oferecer atendimento e tratamento digno e eficaz aos pacientes e até mesmo seus familiares é uma questão de suma importância para todos nós seres humanos, pois o fim da vida é a certeza inesperada que todos temos.

Telessaúde: Caminhos para a Informatização dos Serviços de Saúde

Lucas Macedo Silva

1. Introdução

A partir da revolução digital, com o advento da globalização, os segmentos de saúde passaram a repensar as suas possibilidades de atuação para se adequar à nova realidade e, com isso, prestar o melhor serviço possível ao usuário. Nesse contexto, acirrou-se o interesse no desenvolvimento do instituto da "Telessaúde", cujo conceito nasce da ideia de disponibilização de serviços relacionados aos setores de saúde por meio das tecnologias de telecomunicação. A escolha do termo "telessaúde" ocorreu com o intuito de abarcar toda a dinâmica inter e multidisciplinar que abrange o sistema de saúde, incluindo a telemedicina, teleodontologia, telefisioterapia, dentre outras especialidades.

2. Regulamentação e Fundamentos da Telessaúde

A partir das novas tecnologias, sobretudo em virtude da internet, foi gerado um ambiente coletivo propício para a transmissão virtual, síncrona ou assíncrona, de informações, o que abriu um leque de diversas novas possiblidades para a saúde. Ao mesmo tempo, surgiram questionamentos sobre os parâmetros éticos que devem ser seguidos para evitar a mercantilização e/ou a precarização dos serviços de saúde.

Alguns Conselhos de classe já possuem regulamentação própria para disciplinar os limites éticos e de que forma pode ocorrer o exercício profissional por meio das plataformas digitais. Como exemplo, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n. 1.643/2002, regulamentando a telemedicina. Já o Conselho Federal de Odontologia, por meio da Resolução n. 226/2020, disciplinou a assistência odontológica à distância, buscando encontrar o equilíbrio entre a qualidade do serviço e a segurança dos profissionais e dos pacientes.

A regulamentação da telessaúde, tanto do ponto de vista de classe quanto do legislativo, é fundamental para a continuidade desses serviços que são fundamentais para a população. A telessaúde compreende diferentes formas de atuação, a depender do conteúdo e da finalidade intentada do ato realizado pelo profissional de saúde. O rol das situações de aplicação da telessaúde não pode ser visto de forma estática e taxativa, uma vez que o surgimento de novas tecnologias poderá acarretar relações e soluções anteriormente sequer cogitadas. No presente artigo, serão conceitudadas as modalidades que, nesse início do século XXI, tem sido as mais frequentes que são: teleconsulta, teleinterconsulta, telemonitoramento e teleorientações.

A teleconsulta constitui-se no atendimento virtual que englobe anamnese, possibilidades diagnósticas, solicitação de exames e prescrição terapêutica. As teleorientações, por sua vez, não envolvem tomada de decisões, sendo apenas recomendações acerca de como administrar sintomas, utilizar certos medicamentos ou formas de prevenção, por exemplo.

Em prosseguimento, o telemonitoramento ocorre quando há o acompanhamento contínuo das condições de saúde do paciente, com o uso da tecnologia. A teleinterconsulta configura-se pela troca de informações e opiniões para auxílio diagnóstico ou terapêutico, de modo que um profissional especialista atende a solicitação de outro profissional à distância.

Essas modalidades são autônomas entre si e cada órgão de classe detém a independência para disciplinar quais delas serão consideradas permitidas administrativamente, bem como para definir os parâmetros ético-profissionais que deverão balizar esse exercício.

3. Possibilidades e Desafios da Informatização dos Serviços de Saúde

A utilização dos canais de telecomunicação e das novas tecnologias representam um caminho interessante para a democratização do acesso a um serviço saúde de qualidade, o que possui o potencial de consagrar em amplo grau o direito social à saúde previsto no art.

6º da Constituição Federal. Isto porque, considerando as dimensões continentais do Brasil, muitas regiões, por questões políticas e/ou geográficas, possuem deficiências severas na atenção básica e, com a telessaúde, torna-se possível levar saúde a essas localidades.

Como exemplo, vale suscitar a ideia de uma comunidade no Amazonas, que só seja acessível por via fluvial e após um longo percurso. Em tese, nesse caso, a telessaúde seria uma forma de se promover um atendimento multidisciplinar, com auxílio de especialistas e análise dos exames à distância. No entanto, não há como se negar a vulnerabilidade digital que ainda compromete boa parte da população brasileira. Por mais que a tecnologia ofereça soluções, ainda há diversos desafios a serem enfrentados no que diz respeito ao parco conhecimento que a maioria tem sobre os meios digitais.

Nesta senda, revelam-se questões complexas envolvendo a melhor forma da obtenção do consentimento livre e esclarecido e se o usuário que não conhecesse dignamente dos fundamentos que envolvem a transmissão das informações por meios virtuais poderia efetivamente expressar a sua vontade de forma consciente. Por esse aspecto, a ampla divulgação e conscientização da população acerca da telessaúde podem amenizar os efeitos da vulnerabilidade digital e promover a real eficácia dos benefícios que a informatização pode causar.

Há que se pensar também nos benefícios tecnológicos para a gestão em saúde, o que pode ser averiguado de inúmeras formas. Inicialmente, destaca-se que diversas plataformas oferecem a transmissão dos dados de forma eficiente e segura com custos menores do que a estrutura de atendimento presencial. Outro exemplo interessante é o projeto "Prescrições Eletrônicas", realizado em conjunto pelos Conselhos Federais de Medicina e de Farmácia. O projeto possibilita a utilização de tecnologia para emissão e assinatura de documentos médicos, como receitas e atestados médicos.

Os documentos são assinados de forma digital pelo médico e a sua veracidade pode ser atestada por meio de um validador ou de um sistema de nuvem integrado. Dessa forma, o farmacêutico ou outra parte interessada terá acesso ao documento com a segurança e privacidade necessárias.

Apesar dos desafios que precisam ser enfrentados, os exemplos acima elencados demonstram a importância da implementação das inovações tecnológicas nos serviços de saúde. As soluções tecnológicas podem ser grandes facilitadores da promoção da saúde pública.

4. Considerações Finais

Há alguns anos, defender a prática da telessaúde poderia parecer utópico ou distante da realidade fática. No entanto, dado o avanço meteórico dos meios digitais e de telecomunicação, a utilização desses recursos para a prática em saúde tem sido cada vez mais comum. Quando se pensa na democratização da saúde, enquanto direito social assegurado pela Constituição Federal, a telessaúde desponta como uma forte tendência de caminho social na contemporaneidade, sobretudo no mundo pós-pandemia do novo Corona Vírus. Por outro lado, para que haja a real eficácia dessa finalidade, é importante que sejam promovidas políticas públicas no sentido de informar a população acerca dos meios tecnológicos, amenizando a vulnerabilidade digital e promovendo a educação digital como consagração dos ideais constitucionais.

O Direito das Pessoas com Doenças Raras

Maria das Graças da Costa Ferreira Neri

A primeira coisa que necessária para se conhecer os direitos das pessoas com doenças raras é definir seu conceito, a denominação RARA faz referência à frequência da doença na população mundial. Assim, doença rara é aquela que acomete 65 pessoas em 100.000 habitantes, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, esse cálculo é relativo, porque o que pode ser raro no mundo, como um todo, poderá ser muito frequente em uma determinada população. Essas variações decorrem de como as populações foram formadas (poucos casais fundando uma cidade) e quais hábitos são frequentes nelas, especialmente aqueles associados ao matrimônio (casamento entre parentes).

Por exemplo, na região do Seridó, no Estado do Rio Grande do Norte, há uma frequência elevada doença rara denominada Síndrome de BERARDINELLI, também conhecida como Lipodistrofia generalizada congênita, essa síndrome tem como principal característica a ausência de gordura no corpo do paciente, nessa região, eles são conhecidos também como os magros do Seridó.

No Mundo estão catalogadas de seis a oito mil doenças raras, entretanto pode existir um número maior dessas doenças, que ainda não foram descritas.

As pessoas com doenças raras, na maioria das vezes recebem seu diagnóstico tardiamente. Além disso, os pacientes encontram dificuldades no acesso ao tratamento, pois a grande parte das doenças raras, possuem tratamento com medicamento órfão, que de acordo com a Organização Europeia de Doenças Raras (EURORDIS) considera medicamentos órfãos, aqueles que a indústria farmacêutica não possuem interesse de produzi-los, pois não há retorno financeiro.

No Brasil, o direito das pessoas com doenças raras, começa como para todas as pessoas na art. 1º, III da Constituição Federal, que é o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, e os demais artigos da nossa Carta Maior, além disso, se aplica a Lei

13.146/2015, pois toda pessoa com doença rara é uma pessoa com deficiência, são amparados também pela Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro e ainda a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Como a Constituição, no art. 196 garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, dessa forma, algumas doenças raras possuem Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Normalmente, as doenças raras são progressivas e os danos podem levar, a curto ou médio prazo, à morte. Porém já existe Jurisprudência do STF na Repercussão Geral nº 657718 Tema 500, decidindo que o Estado tem obrigação de custear o tratamento de doenças raras e ultrarraras, que são aquelas que atingem 1 pessoa a cada 300.000 habitantes.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), aproximadamente de 30% dos pacientes que têm doenças raras morrem antes dos cinco anos de idade, uma vez que 75% delas afetam crianças, esse percentual não significa que pessoas adultas não têm doenças raras, pelo contrário, algumas mulheres só descobrem que têm algum tipo de doença rara, na fase adulta antes ou depois de engravidar.

Antes, quando não conseguem engravidar, ou engravidam e sofrem abortos espontâneos, e esse é o motivo da doença rara, conhecida como *Turner,* ou depois de engravidar quando seu filho nasce com uma doença rara, por exemplo, *Síndrome do X Frágil,* que a mãe carrega o gene.

É importante enfatizar que, um dos maiores problemas das pessoa com doenças raras está em chegar ao especialista em doenças raras, que é o médico geneticista, pois há menos de 500 médicos especialistas nessa área em todo território nacional e maior parte deles se concentram nas regiões Sul e Sudeste, e em alguns Estados não têm esses especialistas, como Roraima.

Dessa forma, é possível chegar a um entendimento que para que as doenças raras sejam tratadas adequadamente, é necessário que haja duas coisas, aumentar a divulgação sobre doenças raras como um todo principalmente daquelas que são mais frequentes naquela região e encaminhar para os médicos especialistas, quando a doença rara for de natureza genética o especialista é o geneticista, se for de natureza neurológica, o neurologista e que esses são capacitados para diagnosticar e informar que o tratamento mais eficaz àquela doença rara; e conscientização de que o montante destinados, em juízo, para as doenças raras devem ser utilizados para elas, explicando melhor: quando uma família busca à justiça pleiteando o tratamento de uma doença rara que seu filho de 4 anos fora diagnosticado com Mucopolissacaridose (MPS) tipo II, que necessita de reposição enzimática semanalmente, que a verba destinada para esse tratamento seja, realmente utilizada para este fim, pois caso contrário isso pode custar a vida dessa criança.

Sigilo Médico em Notificação do Coronavírus

Maurílio Rodrigues de Medeiros Júnior

1. Introdução

O momento vivenciado na saúde do Brasil, já transparecia as dificuldades que o setor enfrentava para equilibrar a saúde de sua população. Com o advento da pandemia e um novo vírus circulando, muito se foi debatido sobre o sigilo médico em diversas áreas da relação médico-paciente. Os debates, trouxeram à tona, princípios fundamentais que envolvem a relação médico-paciente, como dignidade da pessoa humana e privacidade dos dados do paciente, bem como, os que norteiam a saúde coletiva para descontruir o direito privado do paciente em pró da sociedade.

Diante da complexidade e extensão do tema, nos propomos a debater a notificação do COVID – 19, abordando os conceitos de sigilo médico em nosso ordenamento jurídico e transladando as principais exceções que possibilitam o médico de notificar, sem incorrer em qualquer infração ética, moral e judicial.

2. Sigilo Médico e Sua Parte Histórica

O sigilo médico, considerado um dos mais antigos princípios da medicina, ao qual, tem como seu precursor, o mestre de Cós, que criou o famoso juramento hipocrático, forjado por meio da base ética e moral da relação médico e paciente. Esses ensinamentos perpetuam-se ao longo dos anos, fortalecendo a relação entre os profissionais da saúde e seus pacientes.

O professor Genival Veloso de França (2017)[12], cita em sua obra, uma parte do juramento hipocrático, que fortalece nossa base do sigilo médico, senão vejamos: O Juramento de Hipócrates, onde em certa parte se lê: "O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo".

12 França, 2017.

Ultrapassando a parte histórica do sigilo médico, será abordado a normatização inserida na nossa legislação

3. Sigilo Médico e suas normatizações no Direito Brasileiro

A relação médico e paciente, sempre dotada de muita confiança, confidencialidade e segredo, tem como fonte o princípio da dignidade da pessoa humana, inserido na Constituição Brasileira de 1988, em seu art. 5º, X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação, demonstrando que as ciências jurídicas estão ligadas as ciências médicas.

O Código de Ética Médica, mesmo passando por uma recente reformulação, manteve sua essência de tratar o sigilo profissional de forma ampla e responsável, tendo logo em seu primeiro artigo, vedações sobre o sigilo profissional, senão vejamos: Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Por sua vez, precisamos trazer as sanções penais que esses profissionais podem sofrer ao quebrarem o sigilo profissional. O Código Penal Brasileiro, tem em sua qualificação a violação do segredo profissional, nos seguintes artigos: Art. 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 a outrem. Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa de um conto a dez contos de réis. Ademais, o artigo 269 - Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória. Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Destaque, o Código de Processo Penal, também prevê óbice ao profissional no seu artigo 207, de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho.

Não podemos deixar de elencar, o âmbito do processual civil, que exprime em seu artigo 388, da qual a parte não é obrigada a depor sobre fatos, II - a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo, outrossim, não menos importante, devemos trazer o artigo 404 do mesmo código, que diz: A parte e o terceiro se escusam de exibir, em juízo, o documento ou a coisa se. IV - sua exibição acarretar a divulgação de fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, devam guardar segredo;

Para finalizar a fase normativa, trazemos a lei nº 13.979/2020, popularmente conhecida como "Lei do Coronavírus", onde determina que "toda pessoa colaborará com as autoridades sanitárias na comunicação imediata de possíveis contatos com agentes infecciosos do coronavírus, bem como, garante resguardar o direito ao sigilo das informações coletadas diante das notificações do vírus.

4. Sigilo Médico e suas exceções na notificação da pandemia.

Neste momento de pandemia, diversos debates sobre o sigilo médico surgiram, proporcionando diálogos sociais e acadêmicos, trazendo dúvidas sobre infrações aos direitos privados, que tem como fundamentação os interesses coletivos do estado.

Tais situações, levaram ao estudo de como lidar com uma possível flexibilização da quebra do sigilo médico. Como tratava-se, de uma nova realidade, sem maiores informações de como se comportaria o vírus em uma sociedade, as entidades responsáveis começaram a expor os profissionais da saúde a tomarem decisões que não estavam preparados. Uma delas, seriam notificar os supostos casos de infecções do vírus, que já estavam dentro dos diversos hospitais espalhados no país.

Os médicos, tendo em seu Código de Ética Médica, diversas sanções para a quebra do sigilo médico, por inúmeras situações, se sentiram sem um norte para suas tomadas de decisões. Seu arcabouço normativo, traz exceções para que os direitos desses profissionais sejam resguardados e não cometam infrações éticas e penais. As três exceções serão elencadas: motivo justo, dever legal e autorização do paciente.

No que sucede, o **motivo justo**, dever ser observado com cautela em sua aplicabilidade, pois, trata-se de um contexto muito amplo e subjetivo, podendo gerar uma análise equivocada pelo profissional, para fundamentar a quebra do sigilo. Diversos profissionais, mesmo entendendo que o segredo médico é um direito do paciente, vivenciando um estado de saúde epidêmico, com resultados devastadores na saúde coletiva, já supria a justa causa do médico em notificar as entidades sanitárias e correlacionadas, afastando qualquer infração cometida pelo profissional nas notificações.

Por vez, temos o **dever legal,** que sua própria terminologia, já transmite a sua aplicabilidade na quebra do sigilo médico, proporcionando ao profissional e paciente, um entendimento mais direcionado e resguardado. Nessa esfera, se faz necessário o liame da notificação do coronavírus e ausência de quebra do sigilo profissional.

Para tal ato, se faz necessário uma norma prévia, resguardando e norteando os envolvidos na relação de sigilo. Por isso, por meio da Portaria nº. 204/2016, do Ministério da Saúde, inseriu em seu item 43, a Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus.

Assim, por meio da lista de doenças para notificações compulsórias, não resta dúvida, que o médico tem previsão legal para realização da quebra do sigilo profissional. Percebe-se que uma normatização, proporciona para o profissional, subsídios de como comunicar entidades sanitárias, bem como, informar ao seu paciente os motivos que levaram ao rompimento da confiança na relação médico e paciente.

Portanto, abordaremos a última exceção, que se refere a **autorização do paciente**, devendo o profissional tomar as devidas cautelas nesse procedimento. O profissional da saúde, deve observar se o paciente é capaz, incapaz ou menor. Quando o paciente é capaz, torna-se mais fácil e seguro a autorização, devendo ser solicitado a permissão ao paciente, sempre com explicações detalhadas e de linguagem acessível aos leigos, tornando o consentimento do paciente claro ao seu entendimento. Realizar o consentimento de forma escrita, por meio do TCI ou constar no prontuário médico o requerimento, com as devidas assinaturas das partes envolvidas.

No que tange o incapaz ou menor, é necessário tomar todas as medidas preventivas adotadas no capaz, acrescido de identificar a qualificação do seu representante legal, para auferir se o mesmo tem condições legais, para que, não incorra em erro, gerando vicio na autorização do paciente.

5. Conclusão

Diante de todo o exposto, conclui-se que, mesmo o profissional diante de tantas adversidades e regramento sobre o sigilo médico, tratado como quase absoluto, observa-se que fenômenos adversos a vontade do interesse pessoal, podem implicar na relativização do dogma do sigilo médico na relação médico-paciente. Por outro lado, percebe-se o amadurecimento da relação médico-paciente, estreitando os seus laços de comunicação e entendimento das necessidades que regulam essa relação.

Portanto, o médico em seu ofício, ao atender qualquer paciente com suspeita ou confirmação do coronavírus, deve notificar as autoridades sanitárias responsáveis para cumprir com suas obrigações, embasado no dever legal, e resguardado por todas as normatizações pertinentes ao sigilo médico. Ato, que gera excludente de penalização, nos termos dos artigos previstos no Código Penal Brasileiro.

A Importância dos Documentos Médicos

Milene Lima Acosta

Vamos desmembrar primeiro, o que é documento. Documento é uma declaração escrita que é reconhecida oficialmente como prova de um estado, condição, habilitação ou acontecimento, podendo ser um texto ou qualquer objeto que se colige como prova de autenticidade de um fato e que constitui elemento de informação.

A informação é um direito fundamental em uma sociedade democrática. O direito à informação também está protegido pelo código de defesa do consumidor, no seu art. 6º, III, como direito básico, em que os consumidores devem receber informações adequadas e claras sobre os serviços, bem como os riscos que apresentem.

Há uma crescente judicialização da saúde, por este motivo é essencial que os profissionais da saúde tenham em mente, a importância dos documentos médicos.

Neste artigo, selecionamos quatro documentos que merecem nossa atenção, são eles: prontuário, atestado, notificação compulsória e termo de consentimento livre e esclarecido.

Os documentos médicos estão delineados no Código de Ética Médica, entre os art. 80 à 91, merecendo um cuidado especial com alguns quesitos que precisam ser observados: como letra, organização, manutenção, sigilo e a guarda desta documentação, mister salientar que é necessário o devido cuidado sobre quem poderá ter acesso a esta documentação e como eles serão armazenados. Os meios de armazenamento de documentos digitais deverão protegê-los do acesso, do uso, da alteração, da reprodução e da destruição não autorizados, principalmente em virtude da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), já em vigor em nosso País.

Ressaltamos que todo documento que o médico emite, tem consequência jurídica. Decorrido o prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro, os prontuários em suporte de papel e os digitalizados poderão ser eliminados. A Resolução CFM nº 1.639 de 10/07/2002, no art. 2º, estabelece a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Observamos a importância do dever de cuidado que o médico precisa ter, para evitar as responsabilizações, afinal um único ato médico pode gerar até três responsabilizações, seja administrativa (Pelo CRM – infração ao Código de Ética), Penal ou Responsabilidade Civil (pecuniária).

O documento digitalizado em conformidade com as normas estabelecidas na Lei 13.787/13 e nos respectivos regulamentos, terá o mesmo valor probatório do documento original para todos os fins de direito. Todos os documentos podem ser requisitados pelo Tribunal e deverá ser entregue, respeitando o sigilo médico-paciente.

1. Atestado

A primeira vedação trazida pelo Código de Ética Médica é "expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade." É muito importante que o atestado seja fornecido sem qualquer meio de obtenção de vantagem, deverá ser fornecido sempre que solicitado pelo paciente ou seu representante legal, para ausências de trabalho, solicitação escolar ou qualquer outro interesse privado.

Cuidado na elaboração deste documento, uma vez que, se o médico emitir um atestado médico falso, incorrerá no art. 302 do código penal. Outra vedação é a utilização de formulários institucionais fora da instituição de origem, para qualquer ato, seja para atestar, prescrever ou para solicitação de exames.

Outra dúvida recorrente é a aceitabilidade de atestados médicos sem o CID (Classificação Internacional de Doenças). Saneando esta dúvida, apresentamos o parecer nº 2681/2018 – CRM-PR, de 06 de agosto de 2018:

> "A Resolução CFM nº 1819/2007, em seu Art. 1º, determina ser vedado ao médico o "preenchimento, nas guias de consulta e solicitação de exames das operadoras de planos de saúde, dos campos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e tempo de doença concomitantemente com qualquer outro tipo de identificação do paciente ou qualquer outra informação sobre

> diagnóstico, haja vista que o sigilo na relação médico-paciente. O conteúdo da Resolução remete ao Art. 73 do Código de Ética Médica (CEM), que veda ao médico "Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente". Mesmo na comunicação entre médicos, o Código de Ética Médica prevê, no Art. 54, que é vedado ao médico: "Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal"

Segundo o TRT, "o sigilo na relação médico-paciente é um direito inalienável do paciente, cabendo ao médico a sua proteção e guarda". A Seção Especializada em Dissídios Coletivos do Tribunal Superior do Trabalho manteve a nulidade de cláusula coletiva que previa a obrigatoriedade da informação sobre a Classificação Internacional de Doenças (CID) como requisito para a validade do atestado médico e para o abono de faltas para empregados (RO-213-66.2017.5.08.0000)

2. Prontuário

O prontuário deverá estar sob a guarda do médico ou da instituição que assiste ao paciente. Inicia-se com a ficha de atendimento ambulatorial, há necessidade do preenchimento adequado, detalhado e legível. É imprescindível um resumo do caso. Este documento é um importante instrumento de prova do que foi realizado com o paciente. Documento único, gerado por fatos, em ordem cronológica e com continuidade da assistência prestada. É vedado o manuseio e o conhecimento do prontuário por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade. É através do prontuário que temos a prova do que foi feito com os pacientes, podendo ser utilizado inclusive, para a própria defesa do médico, atendendo à requisição dos Conselhos Regionais de Medicina ou ordem judicial. O paciente pode, a qualquer momento, solicitar sua documentação.

Os hospitais devem ter comissões para revisão de prontuários, que deverão ser apresentados de forma legível, com todo o histórico do paciente, anamnese, diagnóstico, prognóstico, tratamento, assinatura e inscrição no Conselho Regional de Medicina).

3. Notificação – Comunicação Compulsória de doença

O profissional da área da saúde no exercício de sua profissão, tem o dever legal de avisar as autoridades competentes, por escrito, a ocorrência de acidente de trabalho (Portaria GM/MS nº 777/2004), moléstia infectocontagiosa de natureza compulsória (Código Penal, art. 269), doenças profissionais e do trabalho (CLT, art. 169), morte encefálica comprovada em estabelecimento de saúde (Decreto nº 2.268/1997, art. 18) ou crimes de ação pública (Decreto-Lei nº 3.688, de 1941 – das Contravenções Penais, art. 66), para que as autoridades possam tomar as providências que julgarem cabíveis, seja de caráter sanitário ou judicial. A notificação compulsória pode inclusive, ser realizada pelo perito quando houver identificação do diagnóstico.

Importante frisar que o médico poderá incorrer no art. 269 do código penal, ao deixar de comunicar doenças cuja notificação é compulsória. Uma vez que a notificação compulsória pretende proteger a coletividade.

4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Finalmente e não menos importante, apresentamos o TCLE – Termo de Consentimento livre e esclarecido, recomendação 1/2016 do CFM, utilizado inicialmente, para as pesquisas com seres humanos.

Hoje, o termo é utilizado para procedimentos, cirurgias e exames complexos. Não há obrigatoriedade de ser escrito, mas precisa ser compreendido pelo paciente (Dever de Cuidado – Informação). Se for escrito, respeitar as regras do tamanho e tipo de letra, frisamos que é fundamental que seja de fácil compreensão e pode ser um **salvo conduto do médico**.

Para ilustrar, trouxemos o informativo 0632 do STJ que consta: "A inobservância do dever de informar e de obter o consentimento informado do paciente viola o direito à autodeterminação e caracteriza responsabilidade extracontratual" (REsp 1.540.580-DF)

Dependendo da sua especialização, há necessidade de cláusulas específicas, mas podem conter espaços em branco para preenchimento na hora, todo cuidado é pouco. Necessariamente deve constar no prontuário, todas as informações prestadas ao paciente, se não obtiver por escrito, fazê-lo na presença de testemunhas. A autonomia do paciente precisa ser respeitada.

5. Conclusão

O presente artigo não teve pretensão de esgotar o tema, apenas demonstrar a importância dos documentos médicos bem elaborados, armazenados com o devido cuidado, preservando a intimidade, a liberdade, a autonomia do paciente e o sigilo, fundamentais na relação médico-paciente. Os documentos médicos podem servir como salvo conduto dos profissionais da saúde quando bem elaborados.

Os Processos Mediativos como Fonte de Produtividade na Saúde

Mirella Papariello Arcoverde Ribeiro

1. Introdução

Este breve estudo tem por objetivo trazer o conceito do instituto da mediação e seus benefícios para dentro do contexto da saúde. Seu conceito está no art. 1º, parágrafo único da Lei nº 13.140/15: "considera-se mediação, a atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia."[13]

Temos por sinônimo de conflito, embate, oposição, pendência, pleito e por existir diversas nomenclaturas costumamos usar a expressão "conflito" como sinônimo de "controvérsia", "lide". Contudo, podemos fazer uma breve distinção para fins didáticos: o conflito pode ser visto como uma crise na interação entre pessoas, já a "lide" retrata o conflito de interesses qualificado por uma pretensão resistida, essa expressão se identifica com o "litígio" usado quando alguém se refere a uma controvérsia levada a juízo para ser apreciado pelo Estado-Juiz.[14]

Sabemos que quando se instaura um litígio temos com ele um verdadeiro efeito cascata, aumento das demandas judiciais, abarrotamento do Judiciário, morosidade da justiça e o mais intrigante deles que é representada pela insatisfação de uma sentença muitas vezes considerada "injusta", isso porque satisfazer alguém tende a ser algo mais complexo do que simplesmente lhe apresentar a resposta oferecida pelo ordenamento jurídico.

Por isso, além da Lei da Mediação nº 13.140/15, que disciplina o tema, temos também o nosso Novo Código de Processo

13 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm

14 Tartuce, Fernanda. MEDIAÇÃO NOS CONFLITOS CIVIS – 4 ed., ver., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO:2018

Civil que, além de trazer previsão, incentiva a solução consensual dos conflitos, exposto logo em seu art. 3º, §2º "O Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos". Fora o art. 3º do novo CPC, temos vários outros esparsos em seu corpo remetendo à autocomposição, como o art. 694, "nas ações de família, todos os esforços serão empreendidos para a solução consensual da controvérsia"[15]

Sobre a temática Fernanda Tartuce[16] comenta que estão envolvidos aspectos não apenas jurídicos, mas também sociológicos, psicológicos e filosóficos, tratando do assunto com a interdisciplinaridade merecida para a compreensão de maneira adequada sobre a ocorrência das controvérsias.

Assim, vamos trazer toda essa abordagem da interdisciplinaridade para a área da saúde, onde tivemos muitas mudanças não só em nível científico e social, mas sobretudo no próprio conceito de saúde que, após as mutações sofridas atualmente, engloba o bem-estar físico, social e psíquico do paciente, ou seja, deixou de ser apenas um tratamento exclusivo de moléstias.

2. Desenvolvimento

As relações interpessoais criadas dentro de um ambiente hospitalar, por exemplo, são muito complexas porque temos diferentes formações, atuações e níveis de entendimento que vão desde o médico, passando pela equipe de enfermagem, técnicos, laboratórios, gestão administrativa, equipe de limpeza até chegar ao paciente, seus familiares e amigos.

Então, no momento em que surgem conflitos em um meio hospitalar, é natural que haja prejuízo para a relação médico-paciente, podendo refletir em seus familiares ou mesmo em outros profissionais, ficando evidenciada a importância de se manter a boa convivência e a cordialidade entre esses personagens, afim de que

15 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5869impressao.htm

16 Tartuce, Fernanda, MEDIAÇÃO NOS CONFLITOS CIVIS, 4º ed., ver., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO: 2018.

não venha a insatisfação ou má prestação dos serviços que quando envolvem o bem mais valioso do ser humano recebe um ponto a mais na gravidade do assunto em questão.[17]

Sendo assim, os mecanismos proporcionados pelo instituto da mediação, servirão como facilitadores para o diálogo entre o paciente e a instituição, entre a instituição e fornecedores, entre médicos e enfermeiros e também entre prestadores e vendedores, não existirão nenhum impedimento técnico nem muito menos limitações quanto aos polos para compor uma mediação.

O manual de conciliação do Conselho Nacional de Justiça, orienta e uniformiza a utilização das ferramentas da mediação, que na sua essência guia os profissionais mediadores a não se afastarem dos princípios norteadores dos métodos mediativos dispostos no Código de Ética da Resolução 125 de 29/11/2010, ressaltando-se em especial as seguintes regras:[18]

- Confidencialidade: tudo o que for conversado entre as partes durante a conciliação ou mediação ficará adstrito ao processo;

- Imparcialidade: o mediador ou conciliador não tomará partido de nenhuma das partes, ou seja, não concordará ou opinará quem está com a razão;

- Voluntariedade: as partes permanecem no processo mediativo se assim desejarem e até quando desejarem;

- Autonomia da vontade das partes: a decisão final, qualquer que seja ela, caberá tão somente às partes, sendo vedado ao conciliador ou mediador qualquer imposição ou indução.

17 MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E SEUS CONTEXTOS DE APLICAÇÃO / Eliana Freire do Nascimento, Chrystianne Moura Santos Fonseca, Renato Souza do Nascimento, organizadores – São Paulo: Garcia Edizioni, 2018.

18 BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, André Gomma de (Org.). MANUAL DE MEDIAÇÃO JUDICIAL, 6º edição (Brasília/DF CNJ), 2016.

O método a ser adotado é de natureza construtiva, considera-se que as divergências são frutos naturais das relações humanas e que, em sua constatação, abrem-se caminhos para mudanças e oportunidades de melhoria. Aplica-se a este processo, a política do "ganha-ganha". Esta é a ideologia da mediação, chegar ao ponto em que não haverá vantagem para uma parte em troca do prejuízo da outra e assim, as duas saem "ganhando" ao chegarem em um acordo ou em um ajustamento de condutas.[19]

Visto isso, é importante ter em mente que os conflitos envolvem características e peculiaridades do relacionamento envolvido, por isso faremos uma rápida diferenciação entre a conciliação e a mediação porque é essa diferença que irá nortear o método a ser utilizado na solução do conflito. A mediação é o mecanismo mais adequado quando se envolve relações duradouras e nos quais predominam os aspectos subjetivos, pois este método favorece a retomada do diálogo entre as partes e o estímulo à obtenção de possíveis soluções por elas mesmas, vemos aqui o caminho ideal para a manutenção da relação médico-paciente e tudo que a envolve. Porém, quando o conflito é eminentemente objetivo, porque não existem aspectos subjetivos marcantes nem relação interpessoal passada ou futura e as partes pretendem resolvê-la com rapidez, o método a ser aplicado é o da conciliação, que almeja apenas um bom acordo e tem a presença do conciliador de forma mais atuante indicando possíveis soluções.[20]

3. Conclusão

Assim, o que podemos vislumbrar é que, com a presença constante de agentes mediadores ou colaboradores, os agentes de saúde conseguem desempenhar melhor suas funções e perseguem atitudes mais leves e positivas frente aos possíveis desencontros de ideias, resultando em produtividades ainda maiores.

19 BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, André Gomma de (org.). MANUAL DE MEDIAÇÃO JUDICIAL, 6º edição (Brasília/DF CNJ), 2016

20 Lagrasta, Valéria Ferioli, APOSTILA CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONCILIADORES E MEDIADORES - CNJ

Agora, um fato curioso para mencionar é sobre um fenômeno que só ocorre com a mediação, é que quando os indivíduos aceitam passar por esse processo com ritos mediativos, surge com eles o efetivo respeito à dignidade da pessoa humana, ao passo que naquela ocasião estão sendo ouvidos em sua essência, se colocando no lugar do outro e atenuando a resistência natural que haveria em qualquer outro tipo de tentativa de reestabelecimento de ideias.[21]

Nesse contexto, os sentimentos de confiança e respeito existentes nas relações médicas permitem que sejam aplicados procedimentos de mediação na hipótese de um surgimento aparente de conflitos. Por tudo isso, a mediação mostra-se apropriada para conflitos gerados em ambientes clínicos e hospitalares, haja vista possuir capacidade de ajustar as práticas de saúde às constantes variações que corriqueiramente se apresentem.

Essa curta exposição teórica tem como objetivo primordial expressar que o processo de mediação pode ser usado como instrumento técnico, almejando o equilíbrio das relações pessoais e profissionais que ocorrem nas unidades de proteção de serviços de saúde e valorizar também aquilo que chamamos de relação médico-paciente, pois onde existe um mínimo de afeto ali também se encontra o perdão e a diminuição de possíveis judicializações.

21 MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E SEUS CONTEXTOS DE APLICAÇÃO / Eliana Freire do Nascimento, Chrystianne Moura Santos Fonseca, Renato Souza do Nascimento, organizadores. – São Paulo: Garcia Edizioni, 2018.

Gestão e Maturidade em Empresas de Saúde

Natasha Regina Neves Gelinski

Começar a discutir sobre Gestão e Maturidade em Empresas de Saúde, parte, inicialmente, pela definição de conceitos e, na sequência, os fundamentos da maturidade e caminhos da excelência empresarial em saúde. Contudo, com as devidas ressalvas, existem embasamentos teóricos em administração empresarial com definições, ferramentas e propostas diversas que levam em consideração as peculiaridades de cada empresa do setor.

Por gestão, consideramos a demanda de gerir, de planejar estrategicamente os caminhos para o sucesso do negócio, de analisar o desempenho das decisões que definem a posição da empresa em relação aos seus oponentes, parceiros, clientes, processos e pessoas em razão de possuir a excelência como foco. Sobre empresas de saúde, distinguimos de empresas médicas pelo fato de ambas fazerem parte de um mesmo setor, embora sejam conceptualmente distintas. Empresas médicas vendem, na prática, serviços médicos, enquanto, empresas de saúde englobam um potencial de produtos e mercadorias muito mais amplo, voltado ao mercado de saúde. No tocante à maturidade, veremos adiante.

Para além das diversas dificuldades que foram trazidas pela pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2) no corrente ano, a saúde tem se mantido há anos como o principal problema foco do cotidiano por 24,2% da população brasileira. É também o segundo maior gasto federal, excluída a dívida externa e o terceiro maior gasto das três esferas de governo. Ainda, a importância econômica do setor e sua grandiosidade ficam evidentes com os dados do Relatório "Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil" do Ministério da Fazenda que indica que o percentual do produto interno bruto (PIB) na saúde é de aproximadamente 9,2%, sendo a participação privada equivalente a 4% deste percentual que já é bastante expressivo (e que só vem crescendo ano a ano), quando comparado com os 5% do PIB da indústria automotiva.

A temática de gestão da saúde é de supra importância pois os números apontados revelam o porte de impacto do setor, e, os estudos comparativos entre sistemas de saúde nos mostram que é preciso envidar esforços de colaboração como a adoção de metodologias e melhores práticas aplicáveis do que propriamente mais gastos e ou investimentos financeiros que não levam a melhoria de resultados na prática.

As mudanças em saúde vem ocorrendo (principalmente), nos últimos 30 anos e estão associadas a diversos fatores, com destaque ao desenvolvimento tecnológico, a interação de mercados, as mudanças no perfil demográfico e hábito dos consumidores, mas, principalmente pelo processo de transformação digital que já faz mudar o paradigma do que entendemos como saúde. Certamente, hoje mais que ontem, com o avento de tecnologias como a inteligência artificial, o big data, e a internet das coisas, advindas com o 5G, como também o crescimento das discussões sobre medicina preditiva e o mapeamento genético, falamos muito mais em prevenção em saúde do que em cura e tratamento.

Em relação ao momento em que vivemos, a pandemia vem destroçando várias empresas de saúde em todo o mundo. Algumas dessas empresas tiveram seus problemas escancarados, seja no tocante a questões financeiras ou por dificuldades com suas pessoas, - recursos humanos, e até mesmo em decorrência dos desafios da informatização e de incorporação de tecnologias (que tomou conta das relações humanas neste período), e de todo o processo de transformação digital. Isto porque como não contavam com um adequado planejamento estratégico e planos de contingência, não suportaram as dificuldades e desafios do momento e encerraram suas atividades. Portanto, faltou profissionalização da gestão e maturidade empresarial.

Diante deste cenário, entendemos que é preciso desenvolver habilidades e competências empresariais que conduzam melhor as faltas identificadas do setor para que as empresas se construam maduras e se mantenham competitivas no mercado, oferecendo serviços, produtos e afins, com excelência.

Os resultados empresariais de sucesso, como a sobrevivência a longo prazo e o crescimento sustentado, bem como a rentabilidade adequada e a capacidade de inovação, ou seja, de gerar novos processos, produtos e serviços, surgem da relação direta com alguns aspectos complementares e interdisciplinares resultados de uma boa estratégia. Esta, deve conter como características, a análise de mercado e da empresa; a criação de vantagem competitiva e de valor; a promoção de princípios e valores da empresa e de seus recursos, como as pessoas e colaboradores, além de sua capacidade de inovação continua e a implementação de programas de integridade e conformidade, como o *compliance,* para a eficaz e eficiente gestão de riscos, com mapeamento de riscos, elaboração de manuais de conduta e de procedimentos, assim como, canais de denuncia para desvios ético-profissionais e descumprimentos legais, como fraudes, corrupções e assédio moral, além do constante treinamento para desenvolvimento e alinhamento de equipes aos preceitos e valores empresariais; como também, os procedimentos de *due diligence* para contratações e parcerias, e a criação de canais de denúncia, de auditoria e investigação interna ou externa, são de grande valor para a empresa.

Logo, precisamos de gestão competente e qualificada para todos os portes de empresa, dessa forma melhoramos a maturidade da gestão neste processo de transformação digital. Isto significa que precisamos ter pessoas capacitadas e qualificadas para utilizar as mais diversas tecnologias incrementais ou disruptivas, com bons e sólidos processos que resultem na entrega da estratégia definida. Tudo isso aliado a um bom sistema de governança corporativa com líderes gestores incumbidos de supervisionar, coordenar, gerir e dirigir atividades, pessoas e processos, ~~e que~~ participando ativamente da dinâmica diária da empresa; fornecendo feedbacks conscientes, buscando melhorar rotinas e procedimentos para que estas se tornem menos complexas e que possam assim, estimular a equipe a produzir o máximo possível com a melhor qualidade, num equilíbrio saudável e sustentável, propicio para um ambiente inovador.

Para a construção de maturidade alguns pilares deverão ser observados, como: a) Um bom planejamento estratégico e visão sistêmica que estabeleça a missão da empresa, mediante uma declaração concisa da razão de ser e do propósito da empresa; da visão, que se traduz no porquê da existência da empresa com fundamentos em análises como matriz SWOT, que identifica forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, bem como a análise BGC que reflete a participação no mercado versus o crescimento no mercado (a rivalidade entre os concorrentes; o poder de negociação dos fornecedores e clientes; a ameaça de entrada de novos concorrentes ou de substituição de produtos), a definição dos valores e objetivos estratégicos de curto e longo prazos; b) a atenção ao papel da liderança que deve delimitar as responsabilidades e as metas, os valores e princípios empresariais (constância do propósito), além de disseminar a importância do papel de cada um dentro da empresa para a execução de suas atividades, assim como, é função da liderança de pessoas mobilizar, treinar, influenciar e engajar equipes; c) Logo, é preciso desenvolver pessoas através das melhores práticas de motivação, seja em relação a própria infraestrutura empresarial, como em relação a estrutura organizacional e a carga de trabalho, quebrando o clima de desmotivação e incentivando tarefas que reforcem a missão de cada colaborador com enaltecimentos através de prêmios, exposições, por exemplo; d) Foco nos processos que são a base do funcionamento de empresas em saúde. As etapas dos processos de gestão empresarial em saúde podem se assemelhar à gestão de processos hospitalares no que se referem à gestão orçamentária; financeira; de controladoria; gestão de suprimentos e recursos humanos.

Em empresas privadas, a gestão de processos deve ser executada de acordo com a necessidade para serem considerados aderentes, logo, é preciso conhecer e discutir os processos para que os recursos sejam devidamente aplicados e gerem melhores resultados. Ainda neste sentido, assemelham-se a análise da gestão de processos em âmbito hospitalar; dividindo-se em etapas nas quais cada finalidade se relaciona à atividade fim, agrupadas por afinidade de matéria, e que são subdividas em processos que definirão o que é preciso ser feito para o cumprimento da atividade da etapa, analisados segundo mecanismos de controle e executa-

dos após elencados os requisitos necessários para determinado padrão. Assim, são estruturados de forma coesa os programas de qualidade, visto que estes exigem padronização de forma, processos, controles e requisitos. Além da importância dos programas de qualidade, a padronização de processos permite a análise dos níveis de maturidade dos processos, mensurados por indicadores e análises de desempenho, como por exemplo, quando observamos alguns dos requisitos de padronização e automatização em uma escala crescente que fornece uma visão objetiva e importante para a análise do administrador empresarial. E também, em relação aos concorrentes e ao mercado e em relação a necessidade de implementação de novos sistemas quando, por exemplo, não há aderência ao utilizado; desqualificado por não suportar as necessidades e os requisitos dos processos; e) Estabelecimento da cultura de inovação. Sem formação e aderência à cultura empresarial, nada disso será possível. É preciso que haja a promoção de ambientes favoráveis à experimentação e à criatividade de todos, para a implementação de novas ideias que gerem diferencial; e não menos importante, a implementação ou aprimoramento de tecnologias que automatizem determinados procedimentos e processos, como por exemplo, desde o controle de fluxo de caixa a questões relativas a melhor entrega e experiência da jornada do cliente, sua segurança e a qualidade dos serviços e produtos ofertados.

Não existe maturidade em empresas de saúde e processos de transformação digital sem atenção a todos estes elementos em conjunto. Sim, em conjunto pois, na prática, quando trabalhados de maneira individual, eles entregam menos resultado do que o esperado, logo, é imprescindível uma visão e aplicação sistêmica de todos os aspectos que se fazem necessários na construção de maturidade empresarial. Enfim, empresas comprometidas com a entrega em saúde buscam a excelência.

Os fundamentos de excelência são conceitos reconhecidos mundialmente, pois se referem a práticas e fatores de alto desempenho em organizações líderes internacionalmente do setor e que não obstante, buscam constantemente o aperfeiçoamento perante as mudanças globais.

A população de consumidores tem cada vez mais desejo de participar de um ecossistema de integrado de saúde, que tenha por foco na premissa da humanização e centralidade do paciente e, em toda sua experiência enquanto consumidor de produtos e ou serviços em saúde, com valor agregado como diferencial de entrega. Neste sentido, é preciso direcionar as operações para a eficiência e entrega resultado com foco no cliente, e então, colher os frutos do sucesso obtidos com uma gestão profissionalizada e madura em saúde.

Os Princípios Basilares da Bioética

Núbia Candida Batista de Sousa Rodrigues

Os princípios basilares da bioética, mas o que vem a ser bioética? Inicialmente necessário se faz apresentar a definição de bioética, sua origem, a sua importância e a sua contextualização no Brasil e no Mundo.

A Bioética surgiu no início da década de 70 e o termo bioética é de origem grega e significa – a vida em si mesma, a existência, o ser vivo humano e a vida animal. A palavra "bios" expressa a vida de maneira genérica e envolve todos os seres vivos, desde a vida mais simples (unicelulares) aos seres mais complexos, como por exemplo, o homem. Enquanto que a palavra "ethos" nos remete ao significado de ética, conduta, moral.

Assim, quando falamos em bioética nos remetemos à necessidade de estudos interdisciplinares, em especial, aos conceitos da Biologia e do Direito, uma vez que ambos buscam proteger a vida humana dos próprios humanos, evitando assim, que a ciência evolua sem regramento ético e com a utilização de seres humanos por outros seres humanos (cobaias vivas) como aconteceu, infelizmente, nos campos de concentração nazistas durante as duas grandes Guerras Mundiais.

No Brasil, apenas a título de contextualização, a bioética surgiu em meados dos anos 90 como uma nova área do conhecimento, com uma abordagem religiosa muito forte e aliada a conceitos morais, embora não seja a única abordagem apresentada pela bioética. A partir desse novo conhecimento, aqui no Brasil, iniciou-se também uma necessidade maior de olhar para o ser humano de uma maneira mais autônoma e humanizada e assim, valorizar seus direitos, sua autonomia, garantindo e valorizando verdadeiramente, a dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, podemos entender que bioética está relacionada ao comportamento ou conduta do ser vivo homem em relação à vida e com isso nos permitindo concluir que a bioética é o termo jurídico | médico que está relacionado a uma melhor

condução ética para a vida, sendo portanto, a área que estuda e direciona os comportamentos éticos que envolvem a vida, o direito de viver, o direito de ter uma vida.

E assim, em poucas linhas, uma breve definição e contextualização de uma área de grande significado para todos os seres vivos e que tanto merece nossa atenção, principalmente nos dias de hoje, onde a vida precisa ser ainda mais valorizada e respeitada por todos nós e nos mais variados setores da sociedade.

1. Os Princípios Basilares da Bioética

Os princípios basilares ou princípios fundamentais da bioética foram inicialmente propostos no Relatório de Belmont em 1978, com o intuito de trazer maiores orientações as pesquisas científicas que lidavam com seres humanos. E na sequência, no ano de 1979, estas diretrizes inicialmente propostas apenas para as pesquisas científicas foram estendidas a área médica abrangendo assim, não só os médicos, mas também, todos os profissionais da saúde conforme o entendimento de Beauchamps e Childress.

Mais tarde, precisamente no ano de 2005, a UNESCO, definiu e consolidou o texto que constituiria a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, contando com a participação de mais de 90 países, inclusive, com a participação do Brasil. É importante mencionar que essa Conferência, desde o início, foi considerada um grande divisor de posições entre os países ricos e os países pobres, uma vez que as nações desenvolvidas lutavam para que a bioética ficasse restrita apenas e tão somente aos tópicos que se referissem a biomédica e biotecnologia.

O Brasil desempenhou um papel extremamente decisivo nesse encontro da UNESCO, em Paris / França, em 2005, uma vez que contribuiu para a ampliação do texto anteriormente definido para os campos sanitário, social e ambiental e para tanto, contou com o forte apoio das delegações latino-americanas presentes, as secundárias compostas pelo países africanos e ainda, pela Índia. Uma importante e significativa contribuição em favor dos países em desenvolvimento.

Assim, a partir da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos foi possível desenvolver um cenário normativo mais ético na criação e implementação das legislações vigentes.

E quais seriam então, os princípios basilares ou fundamentais que nortearam a bioética? Os princípios definidos e norteadores da bioética são quatro: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Agora, passaremos a discorrer sobre os pontos básicos de cada um, para melhor entendimento de seus termos.

1. O princípio da beneficência: Este princípio é também conhecido como princípio hipocrático da beneficência e que resumidamente orienta o profissional a sempre fazer o bem ao seu paciente. O profissional deve potencializar os benefícios do tratamento e evitar ao máximo a ocorrência de danos ao paciente. Ao profissional cabe o dever de informar sempre de maneira clara, objetiva e transparente todos os possíveis riscos e danos a que o paciente será submetido e cabe, após minuciosa orientação, ao paciente decidir ser acatará o indicado ou não, observando sempre as condições em que ele se encontra para o exercício deste direito. Fazer o bem sempre é a máxima!

2. O princípio da não maleficência: É também conhecido como princípio hipocrático da não maleficência e expressa puramente a obrigatoriedade do profissional da saúde de não causar dano a saúde de seu paciente. Ao médico cabe a obrigação de empregar todos os seus conhecimentos, técnicas e recursos disponíveis no intuito de beneficiar o paciente e jamais exercer o contrário. O que diferencia a beneficência a não maleficência é exatamente a postura do profissional, onde de um lado ele deve agir em total conformidade com os interesses individuais do paciente, desde que, para isso, não necessite cometer nenhum ato ilícito e de outro lado, o dever de evitar um dano ao paciente.

3. O princípio da autonomia da vontade do paciente: É o princípio que talvez gere mais influência sobre a relação médico x paciente, porque é por este princípio que a relação médico x paciente se fundamenta no exercício da atividade médica. O indivíduo tem, em suas mãos, o poder de decisão sobre a sua vida. O paciente quando capaz e consciente de seus direitos e deveres é livre para decidir o que deseja ou não consentir autonomamente e assim gerenciar suas vontades. Todo Cidadão | Cidadã é livre para decidir se deseja ou não se submeter a um procedimento, um tratamento ou mesmo uma medicação que lhe é indicada para o tratamento de alguma patologia e nesse sentido, cabe ao profissional da saúde respeitar a escolha realizada, livre de julgamentos, crenças ou convicções próprias. Claro, aqui estamos falando de situações onde há a possibilidade de uma escolha consciente, pensada e estruturada do paciente e não de casos, onde o profissional da saúde não dispõe de tempo para avaliar se o paciente aceitaria ou não o procedimento indicado.

4. O princípio da justiça: É também conhecido como princípio ideário da justiça e é assim conhecido exatamente por ser dever do profissional da saúde oferecer a todo paciente um atendimento imparcial, equitativo e livre de julgamentos ou crenças pessoais. Neste princípio, a máxima constitucional deve ser sempre praticada: "Todos são iguais perante a lei", artigo 5º, caput, da Constituição Federal do Brasil de 1988, e assim, devem ser igualmente respeitados quando necessitados de atendimento médico. Não cabe ao profissional de saúde agir com parcialidade, pelo contrário, a ele é exigido que aja com imparcialidade, equidade, livre de preconceitos, crenças religiosas, diferenciações sociais e/ou culturais.

2. Conclusão

Assim, ao final destas breves explanações acerca dos princípios da bioética, cabem aos profissionais da área da saúde e aos advogados especialistas na área médica e proteção à saúde lembrar sempre que não há hierarquia entre os princípios apresentados, embora, não seja raro a existência de conflito envolvendo dois princípios ou mais com distintas interpretações.

E quando situações assim surgirem, o ideal é uma análise criteriosa do caso concreto com a presença das partes envolvidas (sempre que possível) ou de seus representantes para que juntos construam uma solução que melhor atenda aos interesses dos envolvidos e com o menor prejuízo aos conflitantes. Reforçando assim, a valorosa importância dos Conselhos e Comitês de Bioética nos Hospitais, composta sempre por profissionais conhecedores e habilitados a facilitar resoluções de conflitos.

Humanização do Atendimento e a Relação com o Paciente

Renato Battaglia

Nos dias de hoje tem-se cada vez mais uma percepção de que a Medicina segue um caminho de grande desenvolvimento científico e tecnológico, mas que por outro lado traz um subproduto que seria a sua "desumanização". Ouve-se com frequência que a Medicina está cada vez mais fria e os médicos mais distantes dos pacientes.

Por este motivo, de poucos anos para cá surgiram e continuam surgindo movimentos para resgatar aquilo seria a relação ideal entre médicos e pacientes. Assim, houve a criação de conceitos como o de *Slow Medicine*, da Medicina Narrativa da Escuta Empática e outros.

O conceito de Medicina Narrativa ou Narrativas Médicas se traduz na possibilidade de criação de espaços para a valorização das **histórias** dos pacientes. Aqui se busca auxiliar o profissional no aprimoramento de habilidades para a prática diária: a escuta, a empatia, a consideração e os valores morais. **Atender pessoas é Arte apoiada na Ciência.**

Mas, será que escutar pessoas, empatizar com elas, considerá-las é algo realmente novo? Como se passavam as coisas na antiguidade? Como se processava a *Ars Curandi*?

A velha feiticeira, nossa antepassada muito remota, conhecia ervas e plantas. Ninguém discutia seu saber com ela, pois resolvia tudo e, se não resolvia, era porque o deus não quis.

No Egito antigo, por volta do ano 3.000 AC, o sacerdote era autoridade máxima nestas questões.

Doenças eram capricho dos deuses hostis, ou vingança da alma insepulta. O trabalho do sacerdote era descobrir a natureza do espírito, descobrir seu nome e conceber a mágica.

Na Babilônia de 2.000 AC havia uma determinação muito interessante do Imperador. Os familiares de alguém doente, traziam esta pessoa para a Praça Central do Mercado e os passantes **não** tinham permissão para transitar em silêncio, **sem** perguntar sobre

a natureza do problema! Todos buscavam uma orientação, ou forma de achar uma solução em conjunto. Podemos dizer, 4.000 anos depois, que isto seria uma forma de Diagnose Compartilhada?

Na Pérsia, no ano 1.000 AC, Zoroastro já falava no culto à limpeza. Ali persistia a noção de que doenças eram demônios, ou maus espíritos, que se apossavam do corpo do paciente. Droga, no idioma local significava "demônio"! O sacerdote/mago/mágico dava ao paciente uma pequena porção de "um demônio" para combater "outro demônio".

Na Índia, houve em 500 AC um médico chamado Susruta, que ainda hoje é conhecido dos atuais cirurgiões plásticos: é dele a primeira descrição de uma rinoplastia (cirurgia estética de nariz), feita com retalho de tecido da testa da própria paciente. Mas, não dá para não falar em algo verdadeiramente fantástico: perceber que no idioma deles, Susruta significava "aquele que ouve bem!"

Não deixa de ser notável que hoje as pessoas se queixem de que médicos perderam, ou estão pouco valorizando, a capacidade de ouvir seus pacientes e que há 2.500 anos um médico se destacava pela sua capacidade de ouvir os pacientes com atenção!

Até que surge a 1ª ruptura na Medicina, com Hipócrates (460-370 AC). O grego Hipócrates põe fim do misticismo e inaugura a era do espírito científico. É dele a frase "**Ouvir o paciente, ir para a beira do leito, observar e fazer anotações.**

Hipócrates implantou o método **"Cabeceira da cama, baseado em fatos".** Ele fez hábeis descrições e deu os ideais éticos. Ainda hoje, médicos do mundo todo, ao se graduarem, fazem o Juramento de Hipócrates. Ele é o Pai da Medicina.

Outro grego, Galeno de Pérgamo (129-217 DC), tornou-se o maior dos médicos de sua época. Foi o médico do homem mais poderoso do mundo: o Imperador romano. Galeno percebeu que o método hipocrático era excelente, mas nem tudo era apenas corpo, faltava algo e então proferiu uma frase espetacular para a sua época: **"cura melhor, quem tem a confiança do paciente".** Dizemos que Galeno e sua noção de corpo + sentimento significam a 2ª ruptura em Medicina. Suas ideias perduraram por mais de 1.000 anos

Dizemos que a 3ª ruptura veio com o surgimento da anestesia. Até então, o médico era obrigado a explicar para o paciente tudo o que faria com ele, para buscar sua concordância e colaboração. Você já se perguntou como seria na verdade uma amputação de uma perna, sem anestesia, em plena Idade Média? Com a anestesia, o médico, no melhor interesse do paciente, começa a poupá-lo dos detalhes mais assustadores de seus procedimentos.

A 4ª ruptura seria a que começamos a viver agora: a era da Tecnologia da Informação, com o uso cada vez mais corrente da Inteligência Artificial.

Aqui se impõe cada vez mais uma pergunta: que tipo de profissional queremos? Quais terão que ser suas competências e qualificações? Ele terá que ser sempre mais técnico, porém sem perder sua capacidade de ser humano?

A discussão que teremos que levar adiante passará por estes pontos: o médico que queremos, o médico do futuro, terá que se aprimorar para aumentar sua capacidade de escuta? Há diversos trabalhos publicados em revistas indexadas, reconhecidas pela sua seriedade e rigor acadêmico junto à comunidade científica, que trazem dados alarmantes: médicos interrompem a anamnese (conversa inicial com o paciente) classicamente em 16 segundos! Eles não estão ouvindo os pacientes; mal estes começam suas narrativas, estas são ignoradas pelos médicos que querem "dirigir" o rumo da conversa, para aquilo que eles acham importante. Eles estão perdendo a chance de ouvir dados, que poderiam ser de crucial importância. Nunca será demais lembrar que Sir William Osler, hoje uma das maiores referência em excelência em Clínica Médica e formação de novos médicos, já dizia *"Ouça o seu paciente, ele está te contando o diagnóstico"*.

Mais ainda: médicos deverão ser treinados para desenvolverem habilidades como capacidade para uma consideração positiva incondicional, empatia, escura ativa, melhor relacionamento com os pacientes, respeito à sua autonomia e capacidade de fazer escolhas, entre outras.

Concluímos com o pensamento de que o médico do futuro terá que desenvolver estas habilidades e mudar seu *modus operandi* até aqui dominante. Saímos de uma postura francamente paternalista, pela qual o médico decidia tudo sozinho e adotamos a ideia de se obter um prévio Termo de Consentimento Informado (TCI), o *Informed Consent*, para os atos médicos a serem realizados nos pacientes. Foi um avanço, mas é pouco. Precisamos ir além e implantar a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC). Não se trata aqui de mais um documento como o TCI, **mas sim de toda uma mudança cultural**: pacientes e médicos tomarão decisões, ***em conjunto***, a partir de escolhas determinadas pelos pacientes e que não impliquem violação de normas, nem contrariem o conhecimento científico estabelecido pelas melhores práticas.

Testamento Vital: A Prevalência da Vontade do Testador sob a Ótica do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul

Taís Antunes Martinez

1. Resumo

O testamento vital é um importante instrumento para o exercício da autonomia do paciente terminal e, consequentemente, da preservação de sua dignidade até o final da vida. Assim, o presente artigo tem por finalidade analisar pontos relevantes sobre o testamento vital, no que tange a prevalência da vontade do testador, sob a ótica do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: Testamento Vital. Autonomia. Dignidade.

2. Introdução

O Testamento Vital, embora não regulamentado em lei específica no Brasil, é um documento que visa resguardar a dignidade e autonomia do ser humano, principalmente em casos de doenças em que este se encontre em estado irreversível, de modo que poderá dispor para ser ou não ser submetido a tratamentos fúteis que possam prolongar seu sofrimento. Indubitavelmente, o Testamento Vital precisa ser interpretado de maneira que melhor assegure a vontade do testador, mas acima de tudo, precisa estar em consonância com o princípio norteador do direito, qual seja o da dignidade da pessoa humana.

3. A Prevalência da Vontade do Testador

O testamento vital, segundo Dadalto[22], é uma espécie do gênero diretivas antecipadas de vontade e é o documento onde uma pessoa capaz pode registrar os tratamentos que deseja ou não ser submetida caso esteja em terminalidade de vida.

22 DADALTO, Luciana. **Testamento Vital.** 4. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2018. p. 1.

Uma das preocupações em relação ao testamento vital é quanto aos desejos dos familiares, pois não podendo o paciente expressar sua vontade, muitos se farão contra a execução dos pedidos anteriormente solicitados, visto que alguns podem fazer com que a morte ocorra de maneira mais rápida, embora seja ao seu curso natural.

Nessa seara, Rizzardo[23], ao fazer uma breve explicação acerca do testamento vital, ressalta que deve-se levar em consideração os princípios constitucionais da dignidade humana e da liberdade, uma vez que têm por objetivo garantir o direito de escolha sem interferências de terceiros.

Nesse sentido, é contundente a necessidade de respeitar a vontade do paciente, visto que, atualmente, este tem poder de fazer suas escolhas sobre tratamentos de saúde, amparado pela Constituição Federal. Havendo conflito entre a vontade dos familiares e a vontade do paciente, expressa no testamento vital, é idiscutível que deve esta prevalecer.

O Conselho Federal de Medicina[24], através da Resolução nº 1.995/2012, estabelece que em situações em que o paciente estiver incapaz de se comunicar, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade e estas prevalecerão sobre qualquer outro desejo, inclusive dos familiares.

Havendo testamento vital válido, a vontade do enfermo deve prevalecer à dos seus familiares e, até o momento, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul não têm impugnado as diretivas antecipadas de vontade, prezando pela autonomia do paciente, conforme se verifica no acórdão[25]:

---

23 RIZZARDO, Arnaldo. **Direito das Sucessões.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011, P 219

24 Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995/2012. [Acesso em: 26 agosto 2020]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995

25 RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70054988266. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/novo/buscas-solr/?aba=jurisprudencia&q=&conteudo_busca=ementa_completa

> APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. *BIODIREITO*. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para "aliviar o sofrimento"; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado *biodireito*, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida.(Apelação Cível, Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em: 20-11-2013). Assunto: INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. CIRUGIA . REALIZAÇÃO. PACIENTE. OBRIGATORIEDADE. INEXISTÊNCIA. AMPUTAÇÃO. ****** NOTICIAS INFORMATIVO ELETRÔNICO: *BIODIREITO* : MESMO SOB RISCO DE VIDA , PACIENTE NÃO É OBRIGADO A PASSAR POR CIRURGIA. . Referência legislativa: CC-15 DE 2002 CF-5 DE 1988 CF-2 INC-III DE 1988 RESOLUÇÃO N.1995 DE 2012 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.

Analisando o acórdão, pontua o Relator Desembargador Irineu Mariani que o caso do paciente se recusar a amputar sua perna, buscando a morte como alívio do sofrimento que está passando, insere-se na prática da ortotanásia e ninguém poderá agir contra sua vontade, nem mesmo para salvar sua vida, já que defende que o direito à vida deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa humana, ambos presentes na Constituição Federal.

Desta forma, para garantir esses direitos, deve assegurar que seja respeitada a autonomia do paciente, razão pela qual não se pode obrigá-lo a se submeter à cirurgia mutilatória.

No que tange à recusa por parte do médico, este possui direito à objeção de consciência e, julgando que não pode atender aos desejos do paciente, deve encaminhar o mesmo a outro profissional habilitado que possa acatar suas diretivas antecipadas de vontade, desde que em conformidade ao ordenamento jurídico.

Neste sentido, Möller[26] faz uma relação com o passado, já que antes, o médico tinha total autonomia sobre os procedimentos que seriam realizados no paciente, buscando postergar a morte, de modo excessivo e arbitrário.

Com a evolução ética, os profissionais da saúde, juntamente com os estudiosos do direito e filosofia, grupos políticos e religiosos, bem como a sociedade em geral, deram relevância a novos valores, como o princípio da autonomia, capaz de fazer com que o médico não tome decisões sozinho, precisando discutir e explicar ao paciente ou familiares quais tratamentos serão necessários e ter o consentimento destes para realizá-los.

Inegavelmente, é necessária uma lei específica sobre o tema no Brasil para evitar questionamentos acerca do documento, bem como para regulamentar questões específicas sobre o testamento vital, proporcionando, assim, maior segurança jurídica a todos envolvidos na execução da vontade do testador.

4. Considerações Finais

O Testamento Vital, embora careça de norma, não contradiz com o ordenamento jurídico brasileiro, pois seu intuito tem fundamento na própria Constituição Federal, quando tem por objetivo principal respeitar a dignidade e autonomia do ser humano. Desta forma, tem-se por legitimada sua validade jurídica.

26 MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia.** Curitiba: Juruá, 2007, p 45.

Além disso, é uma exclusividade do século XXI dispor de tamanha autonomia, já que nossos antepassados não dispuseram de tal benefício. Diante do exposto, inegavelmente, tem-se que o Testamento Vital é o documento seguro e eficaz para a manifestação de vontade do paciente, assegurando que, preenchendo os requisitos legais, a vontade do testador prevalecerá na interpretação e execução do documento.

Consentimento Informado na Relação Paciente--Médico

Tértius Rebelo

"Se não há informação, não há autonomia.
Se não há autonomia, não há liberdade.
E com o sepultamento da liberdade esvai-se a Dignidade."

1. Resumo

Este artigo discute a importância do Consentimento Esclarecido, considerando os aspectos históricos, éticos e legais envolvidos na sua adoção; bem como princípios jurídicos e bioéticos como direito de liberdade pessoal e autodeterminação.

Palavras Chave: Consentimento esclarecido. Direitos do paciente. Ética médica. Responsabilidade pela informação.

2. Abstract

This article discusses the importance of Informed Consent, considering the historical, ethical and legal aspects involved in its adoption; as well as legal and bioethical principles such as the right to personal freedom and self-determination.

Keywords: Informed consent. Patient's rights. Medical ethics. Responsibility for information.

Em se tratando da relação paciente-médico, sob a ótica de uma sociedade de consumo cada vez mais consciente de seus direitos, e cada vez mais exigente quanto aos resultados, o dever de informação apropriada e de fácil entendimento sobre os procedimentos médicos a serem realizados, bem como a exposição de todas as possibilidades de ocorrências indesejáveis, tem reproduzido no meio jurídico significativos reflexos, em especial na condenação ou não do profissional pela falta de informações prestadas ao paciente.

O Consentimento informado teve especial atenção dos norte-americanos, de onde surgiu, segundo João Vaz Rodrigues[27], a expressão *informed consente*, que foi utilizada numa decisão proferida por um Tribunal da Califórnia, em 1957, muito embora, em 1950[28], **a *Supreme Court* da Carolina do Norte** tenha qualificado como conduta negligente de um cirurgião a ausência de explicação dos riscos envolvidos numa intervenção cirúrgica[29].

Contudo, a decisão judicial que tratou do direito de autodeterminação sobre o destino do próprio corpo por parte de um adulto consciente foi proferida pelo **Juiz Benjamin Cardozo** no caso **Schloeendorff v. Society of New York Hospital** (1914)[30].

Essa decisão é considerada como o embrião da doutrina do consentimento informado, ao conceder ao paciente o *status* de um indivíduo livre e autônomo a quem se reconhece a liberdade de tomar as suas próprias decisões.

Para prestar o consentimento, o paciente deve ter duas condições prévias: a capacidade (não a capacidade estritamente civil, mas na acepção de competência) para entender e decidir e a voluntariedade e a voluntariedade, que é a possibilidade de o paciente escolher uma das alternativas propostas, livre de pressões externas.

Com efeito, após os casos da corte, Americana começou a surgir entendimento jurisprudencial sobre a necessidade de obtenção da autorização do paciente previamente a qualquer intervenção médica invasiva, ainda que seja para proveito do próprio paciente, incluindo-se os diagnósticos que envolvam, por exemplo, o pudor do paciente.

---

27 **RODRIGUES,** João Vaz - O Consentimento Informado Para o Acto *Médico no Ordenamento Jurídico Português,* Coimbra Editora, 2001**, p. 29. ISBN:** 972-32-1013-4

28 Jay Katz - **The silent world of doctor and patient - Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002.**

29 **Hunt v. Bradshaw appears to be representative of pre-Salgo informed consent suits, in A History and Theory of Informed Consent - Ruth R. Faden e Tom L. Beauchamp, New York - Oxford University Press, 1986.**

30 Schloendorff v. Society of N.Y. Hospital (1914). S.C. Justice Benjamin Cardozo articulated the need for consent in this turn-of-the-century case, writing "Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his body, and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault for which he is liable in damages."

Informe-se, também, que, na Alemanha, tem grande importância o respeito à integridade corporal ou física do indivíduo, talvez fruto do julgamento dos crimes cometidos na II Guerra Mundial, que resultou na elaboração do Código de Nuremberg[31], no qual ficou expressamente consignada a teoria do consentimento informado.

O direito à informação (corolário do princípio bioético da autonomia/autodeterminação), tem suas raízes nos princípios e direitos fundamentais estatuídos na Constituição Federal, passando, posteriormente, a figurar como norma cogente nos estatutos infraconstitucionais, com expressivo reforço no Código de Defesa do Consumidor. Além disso, o consentimento informado, livre e esclarecido, também é destaque nas normas deontológicas que regulam o exercício das atividades dos profissionais de saúde.

A informação acertada, transparente, inteligível e acessível tem como objetivo resguardar o direito à autonomia do paciente que, noutras palavras, se consubstancia em preservar a sua liberdade de tomar decisões e de fazer escolhas conscientes e desobstruídas.

Importante mencionar que o Código Civil vigente, consagrou, nos artigos 13 e 15, o **princípio da autonomia** e **da disposição sobre o próprio corpo**, os quais se **efetivam pelo exercí**cio do consentimento informado e reconheceu a importância desses direitos para o pleno desenvolvimento da pessoa como ser merecedor de direitos e respeito.

Em razão disso, defendemos que o consentimento do paciente deve ser realizado de forma escrita, individualizado e testemunhado, a fim de que possa materializar os efeitos a que pretender ter.

Com efeito, o Código Civil previu medidas para a cessão de lesão ou ameaça de lesão aos direitos da personalidade, aí se **incluído o direito à autodeterminação**.

Em um primeiro momento, devemos entender que a relação paciente-médico consiste basicamente em um contrato de prestação

31 http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/nuremberg/codigo_nuremberg.pdf, 31/07/2017

de serviços, no qual são estabelecidos **direitos e obrigações entre as partes**, em que o profissional médico, via de regra, utilizará de todos os recursos e meios necessários, dentro da boa técnica (*lex artis*), para cuidar e/ou restabelecer a saúde do paciente que requer os seus cuidados.

Esse dever de **prestar informações completas** ao médico pelo paciente, decorre diretamente do **art. 422 do Código Civil**, o qual especifica que os contratantes são obrigados a guardar, **assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé**.

Ou seja, a boa-fé objetiva cria para ambos, médico e paciente, o dever recíproco de bem prestar informações.

Ademais, se, por um lado, é direito do paciente receber a informação adequada sobre a sua doença, seu tratamento e prognóstico, por outro, é seu dever **facilitar a obtenção dos dados a respeito de seu estado geral e específico de saúde.**

Por isso mesmo, é muito importante que o médico incentive e crie um bom ambiente de diálogo para que o paciente possa prestar as informações corretamente e, dessa forma, haja uma mitigação de riscos da alegação de negligência na informação.

Além disso, esta relação vai além de um vínculo contratual, pois os deveres do médico para com o paciente **devem ser sempre pautados na ética e no respeito à pessoa**, já que o objeto do contrato é o próprio paciente e seu bem-estar psicofísico e, por isso temos um contrato *sui generis*.

Mencione-se, ademais, que, ao compartilhar a relevância de certos aspectos de sua história clínica (sintomas), o próprio paciente traz a possibilidade de que ele faça reflexões e receba respostas com atenção crítica e não seja apenas um **participante passivo** deste processo de tomada e prestação de informações e de esclarecimentos.

Dessa forma, **há a importância legal da prestação de informações de maneira ampla pelo paciente**, e que essa informação seja **devidamente registrada no seu prontuário do**

e, preferencialmente, em um contratado de prestação de serviços e em um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido registrado por escrito**. Para que se possa averiguar se **substancialmente houve a observância da *lex artis*** e **da inocorrência de ato** médico **culposo (negligência, imperícia ou imprudência).**

Logo, sendo a prestação de serviços médicos caracterizada como relação contratual, dela decorrem esses deveres anexos ao contrato, que, dentre eles, está inserida a prestação de informações completas ao médico pelo paciente e vice-versa. Nas relações médico-paciente, as informações podem ser repassadas de forma oral ou escrita. No entanto, não há norma específica determinando **que seja de forma escrita** e, por isso, ainda há a prevalência da oralidade e ausência de formalidade no repasse e registro dessas informações na relação médico-paciente, como estatui o próprio Código de Ética Médica em seus arts. 22 e 34.

Assim, apesar de o Código de Ética Médica não exigir que a tomada do consentimento do paciente **seja feita de forma escrita**, acreditamos que, na atual evolução da prestação de serviços médicos e com os altos índices de processos ético-profissionais e judiciais contra médicos, que se passe a utilizar maior formalidade na concessão e registro de informações médicas do paciente.

A forma escrita da prestação da informação prestada pelo médico é, normalmente, materializada no chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Consentimento Informado, documento já bastante enraizado nos demais países do mundo, especialmente em alguns países da Europa, como Portugal e Inglaterra e nos Estados Unidos da América.

A despeito de não haver, no Brasil, regra específica que determine a utilização de instrumentos escritos na prestação da informação pelo médico ao paciente, observa-se uma crescente preocupação desses profissionais em formalizar o cumprimento dessa obrigação.

Em diversos pareceres de lavra dos Conselhos de Medicina do País é possível encontrar recomendações de utilização dos termos de consentimento não somente nos casos de pesquisa clínica em seres humanos, **mas também nos demais procedimentos médico-hospitalares que importem risco de maior gravidade ao paciente.**

Contudo, embora a regra que prevaleça seja da oralidade, na maioria das vezes é importante registrar-se parte desse processo informativo em papel ou em meio digital, de maneira que tanto o paciente possa refletir melhor a respeito dos riscos a que se submeterá em um tratamento ou procedimento cirúrgico, como o médico tenha um subsídios para comprovar, ao menos em parte, o cumprimento dessa específica obrigação de bem informar. Essa é, inclusive, a orientação contida no parecer nº 1.831/2007 CRM-PR.

Importante mencionar, ainda, que, embora não exista Lei ou norma sobre a obrigatoriedade de tomada escrita do consentimento, o Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial 1.540.580, acabou indicando sua necessidade para que o médico não seja condenado pela negligência informacional. Nesse caso, o ministro Luis Felipe Salomão fundamentou em seu voto que "é do médico o ônus da prova quanto ao cumprimento do dever de esclarecer e obter o consentimento informado do paciente. Assim, qualquer dúvida remanescente a partir dos elementos probatórios juntados aos autos resolve-se em favor do paciente, entendendo-se que o médico não lhe deu as informações necessárias."

Além disso, indicou-se nesse voto que um consentimento genérico (*blanket consent*) não é suficiente para provar o dever informacional, já que, com fundamento nas regras gerais, o consentimento é validamente prestado só quando é feito de forma livre e especificamente em relação a um tratamento claramente individualizado.

Mas, importante mencionar que, assim como o médico tem obrigação de bem informar o paciente, o paciente também tem o dever de prestar informações completas sobre seu estado de saúde, histórico médico e afins ao profissional da saúde.

Aliás, diga-se que não é necessário que o termo de consentimento tenha por finalidade exaurir todas as consequências possíveis e prováveis, contemplando a amplitude, complexidade e extensão de um ato médico. Portanto, nele dever-se-á esclarecer ao paciente que, se submetendo a determinado procedimento, estará buscando certos benefícios, mas que o alcance destes

é limitado por riscos inerentes ao seu próprio organismo, alheios à vontade das partes e, em algumas vezes, à própria perícia do profissional. Este é o espírito do consentimento informado e que também deve representar a quebra da imagem que o alcance dos fins pretendidos pelo ato médico depende única e, exclusivamente, da conduta do profissional médico.

Logicamente, deverão constar as intercorrências com maior grau de probabilidade, todavia, a preocupação maior reside no fato de manter o espírito deste instrumento e também, e não menos importante, no fato de socializar os riscos com o paciente e expor claramente que o alcance dos fins pretendidos depende igualmente da sua colaboração no sentido de seguir à risca as prescrições e orientações médicas.

Aliás, por não ser a Medicina uma ciência exata, por apresentar uma gama de situações e pacientes de níveis culturais variáveis, acreditamos que o Consentimento Informado final não deva ser um formulário padrão e genérico. Logo, a relação médico-paciente deve ser permeada pela boa-fé objetiva e observar o princípio jurídico da confiança para que os serviços médicos prestados possam alcançar os melhores resultados possíveis, tanto para o médico, quanto para o próprio paciente no estabelecimento do elo recíproco de confiança.

Assim, levando em conta tudo isso, o médico deve colocar ao dispor do paciente todas as opções de tratamento, explicações sobre a técnica-cirúrgica escolhida ou medicamento a ser utilizado, os seus benefícios, malefícios, prognóstico, conversar sobre a influência das limitações físicas que interferem no resultado pretendido, e especialmente os riscos para que, ao final, exerça-se a sua liberdade de escolha (autodeterminação). E que isso seja feito mediante um processo responsável, racionalizado e bem dimensionado.

A Avaliação Pericial nos Danos Associados aos Cuidados de Saúde

Yuri Franco Trunckle

1. Introdução

A avaliação pericial de Danos Associados aos Cuidados de Saúde - termo mais adequado e instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o vulgarmente chamado "erro médico" - requer profunda análise da matéria técnica em questão.

É preciso que o médico perito saiba relacionar o conhecimento científico em questão com as demandas dos operadores do Direito de forma que respondamos de forma clara e objetiva as dúvidas acerca do caso: se houve ou não adequação da conduta ou omissão do cuidado em saúde naquele periciado.

Para tal, o médico perito precisa ter em mente conhecimentos inerentes da prática pericial como sua filosofia, método de realização e conhecimentos específicos. Por isso se trata de uma especialidade médica tal como Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia entre outras. Não se pode admitir que para a realização de uma perícia médica, o colega não tenha treinamento para realizá-la: seja por meio de residência médica em Medicina Legal e Perícia Médica ou minimamente especializações nesta especialidade.

2. Desenvolvimento

A formação adequada é importante pois nesse tipo de análise em questão - assim como em outras - o médico perito precisa ter um objetivo: responder de forma clara à autoridade requisitante da perícia primariamente se houve dano e havendo, se existe nexo de causalidade com a ação ou omissão alegadas pelo requerente. É preciso reforçar que foge da análise pericial a culpa, não devendo em hipótese alguma o *expert* tratar de "imperícia", "negligência" ou "imprudência" pois nossa análise deve ser exclusivamente técnica e não com opiniões ou juízos de valor.

Isso implica em rigor científico e devemos raciocinar com base em método propriamente dito, como bem postulou Descartes no século XVII. Ter isso como base resulta em reprodutibilidade do nosso trabalho pericial e assim deve ser. Não é a toa que no Art. 473 da Lei nº 13.105 de 16 de Março de 2015, se exige que o perito exponha o método utilizado.

Portanto no item "Método" no laudo pericial, deve-se explicar como se chega aos resultados obtidos, conceituando o básico como a definição de Dano citada anteriormente, sobre Segurança do Paciente - sendo este um motivo para o termo mais adequado ser o utilizado pela OMS, uma vez que a atenção a saúde de um indivíduo envolve diversos profissionais e as teorias que envolvem as falhas devem ser pensadas de forma sistêmica podendo não ser exclusiva do médico.

Além disso, devemos conceituar nexo de causalidade e como se estabelece este; o estado anterior do periciado e os tipos de danos: temporários, permanentes, estético e/ou psíquico. Nos documentos dispostos nos autos e/ou trazidos no exame pericial, são de grande relevância fichas de atendimento, evoluções, atestados e relatórios médicos além de exames relativos ao caso em questão.

Daí também é de grande relevância a orientação adequada quando possível de um Consultor Médico-Legal, ou seja, o especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas auxiliando de forma integral os advogados quanto a viabilidade técnica do caso além da atuação na elaboração de pareceres e acompanhamento do exame pericial em si além de elaboração de quesitos, como normalmente se limita a atuar os assistentes técnicos.

Por sua vez, a entrevista com o periciado tem sua importância na construção do raciocínio pericial destacando informações como datas, o quadro clínico alegado e antecedentes pessoais. Vale ressaltar que temos nesse tópico de avaliação um viés na prestação de informações e naturalmente não tem a consistência técnica que a documentação e exame clínico do periciado apresentam.

Seguindo o método pericial básico, o *expert* precisa a partir destas informações conectar as disponíveis e fundamentar devidamente em sua Discussão no laudo pericial. Nela devemos esclarecer as questões técnicas do caso e correlacionar com as demandas explicando de forma clara e objetiva sobre as doenças em questão utilizando a literatura médica adequada técnica e cronologicamente ao caso, certamente fazendo a boa prática da Medicina Baseada em Evidências.

Isso é relevante pois com a evolução tecnológica e científica as evidências médicas variam constantemente e precisamos nos adequar ao período em que ocorreram os fatos para não incorrer em uma avaliação técnica inadequada.

O laudo pericial não deve ter o propósito de se realizar um tratado sobre a matéria médica em questão e sim explicar o necessário para o entendimento dos demais envolvidos no processo que de forma geral, não são conhecedores de nossa área técnica. É preciso que de forma clara discutamos se há ou não dano, afinal este é o pressuposto para responsabilização civil e havendo, expliquemos qual (is) tipo (s) de dano ocorreram.

Se houve dano é preciso que haja nexo de causalidade com a ação ou omissão do atendimento em saúde e isso precisa ser pormenorizado e muito bem discutido, determinando em que momento houve uma falha na sistematização do atendimento afinal isto é determinante para a responsabilização do requerido.

Para tal, é preciso que se explique também se os desfechos encontrados no caso em tela têm previsibilidade e/ou evitabilidade, uma vez que desta forma conseguimos estabelecer um raciocínio lógico sobre a conduta ter sido adequada ou inadequada, sendo inclusive estes os termos corretos para que tratemos de forma técnica a matéria em questão, não ultrapassando *os limites de sua designação* como também descrito na legislação citada anteriormente.

Dessa forma, deve-se estabelecer sua Conclusão no laudo pericial, sumarizando os achados previamente discutidos de forma objetiva e assim respondendo os quesitos formulados de forma coesa e completa remetendo a sua discussão quando necessário pois lá devem estar explicados todos os questionamenos formulados.

3. Conclusão

A avaliação pericial envolvendo os Danos Associados aos Cuidados de Saúde precisa ser criteriosa e o médico perito deve ter treinamento e portanto formação técnica na especialidade pericial, pois o objetivo não é apenas analisar a conduta por si só e sim correlaciona-la com as demandas da autoridade requisitante da perícia de forma clara, assim como em outras ações que envolvem o conhecimento médico.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Adriana Maria. Gestão estratégica de clínicas e hospitais. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: Os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. Saraiva, 2010. Pág. 334-339;

Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Paris: Unesco; 2005. Disponível: http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf. Acesso em: 01 mar 2017;

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al. Análise do Erro Médico em Processos Ético-Profissionais: Implicações na Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 31, n. 3, p. 223-228, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/04.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995/2012. [Acesso em: 26 agosto 2020]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de Março de 2015. Código de Processo Civil.

BRITTO, Carlos Ayres. Teoria da constituição. Rio de Janeiro: Forense, 2003

CALHEIRA, Luciana Rosa de Jesus. Direito Médico: responsabilidade civil, penal e ética. 2019. 44 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário de Goiás. Disponível em: http://repositorio.anhanguera.edu.br:8080/handle/123456789/241. Acesso em: 30 ago. 2020.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 5-12, jan./mar. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100002. Acesso em: 30 ago. 2020.

Conselho da Europa. Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, Oviedo, 1997. Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Disponível em: http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html;

DADALTO, Luciana. Testamento Vital. 4. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2018.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 27/08/2020.

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm> . Acesso em 01 de setembro de 2020.

FERRAZ JUNIOR, Tercio Sampaio. Introdução ao estudo do direito. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

GORGA, Maria Luiza. Direito Médico Preventivo: Compliance penal na área da saúde. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2017.

GRISARD, Nelson. Ética Médica e Bioética: a disciplina em falta na graduação médica. Revista Bioética, v. 10, n. 1, p. 97-114, 2002.

KUAZAQUI, Edmir. TANAKA, Luiz Carlos Takeshi. Marketing e Gestão Estratégica de Serviços em Saúde. São Paulo: Editora Thomson Pioneira, 2007.

LOURENÇO, José. Limites à liberdade de contratar: princípios da autonomia e da heteronomia da vontade nos negócios jurídicos. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2001.

MELO, ND. Da culpa e do risco: como fundamentos da responsabilidade civil. 2. ed. rev., atual. e aumentada. - São Paulo: Atlas, 2012.

MIRANDA, Jorge. Manual de direito constitucional: constituição. Tomo I. 4.ed., rev. e atual. Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

MÖLLER, Letícia Ludwig. Direito à morte com dignidade e autonomia. Curitiba: Juruá, 2007.

MORAES, Maria Celina Bodin de. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo [coord.]. Constituição, direitos fundamentais e direito privado. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Report of the International Bioethics Committee on Consent. Paris: Unesco; 2008.

Parecer CRM – PR – Assunto: Colocação de CID em resultado de exames laboratoriais. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PR/2018/2681_2018.pdf>. Acesso em 01 de Setembro de 2020.

PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. Revista Bioética, v. 17, n. 3, 2009, p. 534.

REZENDE, Edson José Carpinteiro; TAVARES, Eduardo Carlos; MELO, Maria do Carmo de. Telessaúde: confidencialidade e consentimento informado. Revista Med Minas Gerais, v.23, n.3. 2013. Disponível em: < http://rmmg.org/exportar-pdf/223/v23n3a17.pdf>. Acesso em 27 ago 2020.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70054988266. [Acesso em: 26 agosto 2020]. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/novo/buscas-solr/?aba=jurisprudencia&q=&conteudo_busca=ementa_completa

RIZZARDO, Arnaldo. Direito das Sucessões. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011

RODRIGUES, João Vaz - O Consentimento Informado Para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português, Coimbra Editora, 2001.

SALATTA, Tabata. "O SURGIMENTO DA BIOÉTICA NO BRASIL". Disponível em: https://tabatasalatta.jusbrasil.com.br/artigos/308025152/o-surgimento-da-bioetica-no-brasil. Acesso em: 27/08/2020.

SARLET, Ingo Wolfgang Sarlet. Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. 9 ed. Rev. Atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

SARMENTO, Daniel. Direitos fundamentais e relações privadas. 2. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2006.

SILVA, Reylla Rodrigues. Negligência e erro médico nos hospitais particulares e na rede pública do Brasil. 2020. 16 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Direito) – Centro Universitário de Goiás. Disponível em: http://repositorio.anhanguera.edu.br:8080/handle/123456789/357. Acesso em: 30 ago. 2020.

SOUZA, Alessandra Varrone de Almeida Prado. Resumo de Direito Médico: vol. 16. Leme: JH Mizuno, 2020.

SOUZA, Alessandra Varrone de Almeida Prado. Resumo de Direito Médico. Leme, SP. JH Mizuno, 2020.

SPINA, VPL et al. Avaliação pericial nos danos associados aos cuidados de saúde "erro médico". Revista Perspectivas. Vol. 5 n. 1, fev. 2020; Vol. 4 n. 3, out. 2019 - Suplemento: Anais do Congresso Sul Sudeste ABMLPM; Vol. 4 n. 3, out. 2019; Vol. 4 n. 2, jun. 2019.

TIMPONE, Larissa de Assi et al. Panorama do estudo da bioética nos cursos de Medicina das universidades federais brasileiras: estudo descritivo. Revista Bioética Cremego, v. 1, n. 1, p. 23-30, 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cremego.org.br/cremego/article/view/22. Acesso em: 30 ago. 2020.

TST mantém nulidade de cláusula que exigia CID em atestados médicos. Disponível em: <http://www.tst.jus.br/noticias/-/asset_publisher/89Dk/content/tst-mantem--nulidade-de-clausula-que-exigia-cid-em-atestados-medicos> . Acesso em 01 de Setembro de 2020.

VECINA NETO, Gonzalo. MALIK, Ana Maria. Gestão em Saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2018.

EDITORA MIZUNO
QUALIDADE E SERIEDADE EM LIVROS

www.editoramizuno.com.br

©Editora Mizuno - TODOS OS DIREITOS RESERVADOS
As fotos, textos e layout aqui veiculados são de propriedade da EDITORA MIZUNO.
É proibida a utilização total ou parcial sem nossa autorização.