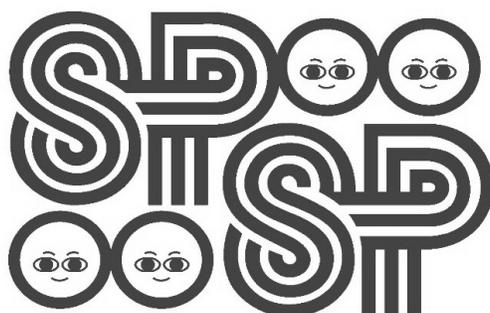


# Manual do Pediatra

# DEFESA PROFISSIONAL



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Coordenadores:

Claudio Barsanti  
Depto. de Defesa Profissional da SPSP

José Hugo de Lins Pessoa  
Presidente da SPSP

2009

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Manual de pediatria : defesa profissional /  
coordenadores Claudio Barsanti, José Hugo de Lins  
Pessoa. -- São Paulo : Sociedade de Pediatria de  
São Paulo, 2009.

ISBN 978-85-62773-00-6

Vários autores.

Bibliografia.

1. Pediatras - Manuais I. Barsanti, Claudio.
- II. Pessoa, José Hugo de Lins.

09-07022

CDD-618.92

Índices para catálogo sistemático:

1. Pediatria : Profissão : Manuais 618.92

Diagramação: Lene Gráfica & Editora

Revisão: Adriana Maria Cláudio

Arte final de capa: Aurélio Ordanini

Impressão: Lene Gráfica & Editora

**2009**

# **SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO**

**2007/2009**

## **DIRETORIA EXECUTIVA**

**Presidente:** José Hugo de Lins Pessoa

**1º Vice-Presidente:** João Coriolano Rego Barros

**2º Vice-Presidente:** Mário Roberto Hirschheimer

**Secretário Geral:** Maria Fernanda Branco de Almeida

**1º Secretário:** Sulim Abramovici

**2º Secretário:** Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite

**1º Tesoureiro:** Lucimar Aparecida Françoso

**2º Tesoureiro:** Aderbal Tadeu Mariotti

**DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE DEFESA PROFISSIONAL DA SPSP**

**GESTÃO 2007-2009**

**PRESIDENTE**

Claudio Barsanti

**VICE-PRESIDENTE**

Rubens Feferbaum

**SECRETÁRIO**

Sergio Antonio Bastos Sarrubbo

**MEMBROS**

Aderbal Tadeu Mariotti

Antonio Renato Bonin

Carlos Orlando Carraro

Eraldo Samogin Fiore

Gize Helena Carettin

José Hugo Lins Pessoa

José Espin Neto

José Kleber K. Machado

Liliana de A. Balasteghin

Marcos Guilherme Fontana

Mauro Borghi Moreira da Silva

Otavio Augusto G. Branchini

Paulo Roberto Rosa

Paulo Tadeu Falanghe

Sergio Luciano Pinto

Sulim Abramovici

# Manual de Defesa Profissional da SPSP

Coordenadores: José Hugo de Lins Pessoa

Claudio Barsanti

Prefácio

*José Hugo de Lins Pessoa*

1. Mercado de trabalho, **15**

O trabalho médico: *Claudio Barsanti, 15*

Trabalho médico em Convênios/Cooperativas Médicas/Medicina de Grupo:

*Paulo Tadeu Falanghe, 18*

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM):

*Paulo Tadeu Falanghe, 22*

2. O pediatra e o SUS, **25**

*Dioclécio Campos Júnior*

3. O pediatra e o PSF, **27**

*Dioclécio Campos Júnior*

4. O consultório pediátrico – aspectos contábeis, **29**

*Aderbal Tadeu Mariotti*

5. Relação médico-paciente em Pediatria, **33**

Na emergência: *Claudio Barsanti, 33*

Nas doenças crônicas: *Mário Roberto Hirscheimer, 37*

Nas doenças terminais: *Mauro Borghi Moreira da Silva, 49*

6. O prontuário do paciente, **61**

*Mário Hirscheimer, Clóvis Francisco Constantino e Sulim Abramovici*

7. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em Pediatria, **69**  
*Rubens Feferbaum, Aderbal Tadeu Mariotti e Mônica López Vázquez*
8. Erro médico em Pediatria: Definições e ações de prevenção, **79**  
*Marcos Guilherme Fontana*
9. Propaganda e publicidade médicas, **91**  
*Antonio Renato Bonin*
10. Imprensa: como lidar?, **101**  
*Clóvis Francisco Constantino*
11. Direito médico: Aspectos éticos, Aspectos civis, Aspectos penais, Fui processado: o que devo fazer?, **107**  
*Claudio Barsanti e Mônica López Vázquez*
12. Direitos autorais em publicações médicas, **127**  
*Mônica López Vázquez*
13. Educação continuada em Pediatria, **137**  
*Maria Fernanda Branco de Almeida e Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck*
14. O pediatra e a pesquisa médica: Os comitês de ética em pesquisa, **147**  
*Rubens Feferbaum*
15. Greve na área médica: aspectos éticos e legais, **157**  
*Clóvis Francisco Constantino, Eraldo Samogin Fiore e Sérgio A. Bastos Sarrubbo*

## QUALIFICAÇÃO DOS AUTORES

### **Aderbal Tadeu Mariotti**

Membro do Departamento de Defesa Profissional da SPSP. 2º Tesoureiro da SPSP. Membro do Departamento de Defesa Profissional da SBP. Diretor-Presidente da SPSP, regional de Jundiaí.

### **Antonio Renato Bonin**

Pediatra pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Membro do Departamento de Defesa Profissional da SPSP.

### **Claudio Barsanti**

Presidente do Departamento de Defesa Profissional da SPSP. Secretário do Departamento de Defesa Profissional da SBP. Médico Responsável pela UTI Pediátrica do Hospital Santa Marcelina. Doutorando da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Advogado, Bacharel em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Membro da Comissão de Fiscalização do Serviço Público da OAB/SP. Membro da Comissão de Desenvolvimento Acadêmico da OAB/SP.

### **Clóvis Francisco Constantino**

Presidente do Depto de Bioética da SBP. Presidente da SPSP – 1998-2000. Presidente do CREMESP – 2003-2004. Diretor do CFM – 2004-2009. Doutorando em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal.

### **Dioclécio Campos Júnior**

Professor titular de pediatria da UnB. Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria.

### **Eraldo Fiore**

Gastroenterologista Infantil pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Pediatra pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Mestre em gastroenterologia pelo IPGE. Membro do Depto. de Defesa Profissional da SPSP. Ex vice-presidente do Depto. de Pediatria Legal da SPSP. Ex-membro do Depto. de Defesa Profissional da SBP.

### **José Hugo de Lins Pessoa**

Professor titular de Pediatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Presidente da SPSP.

### **Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck**

Doutora em pediatria pela Faculdade de Medicina da USP. Professora Colaboradora do Departamento de Pediatria da FMUSP. Médica-Assistente do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas da FMUSP. Coordenadora da Diretoria de Cursos e Eventos da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Assistente Técnica da Área Técnica da Saúde da Criança e Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

### **Maria Fernanda Branco de Almeida**

Professora Associada, Doutora em Pediatria, da Disciplina de Pediatria Neonatal do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. Secretária Geral da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

### **Marcos Guilherme Fontana**

Membro do Departamento de Defesa Profissional da SPSP. Médico diarista da UTI Pediátrica do Hospital Vila Mariana. Médico plantonista e Assistente do serviço de residência médica do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya. Médico plantonista da UTI Pediátrica e Neonatal do Hospital Brasil em Santo André. Médico plantonista da UTI Pediátrica e Neonatal do Hospital da Criança.

### **Mário Roberto Hirscheimer**

Médico Pediatra. Assessor Técnico Médico do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus da Prefeitura do Município de São Paulo. Médico Responsável pela UTI do Pronto Socorro Infantil Sabará – São Paulo. Presidente do Departamento de Bioética da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Membro do Departamento de Cuidados Hospitalares da Sociedade Brasileira de Pediatria.

### **Mauro Borghi Moreira da Silva**

Membro do Departamento de Defesa Profissional da SPSP. Coordenador Médico do Hospital São Luiz – Anália Franco. Médico Assistente do Departamento de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Mestrado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

### **Mônica López Vázquez**

Professora Assistente Doutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Presidente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da SPSP. Advogada, Bacharel em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Membro da Comissão de Fiscalização do Serviço Público da OAB/SP. Membro da Comissão de Desenvolvimento Acadêmico da OAB/SP.

### **Paulo Falanghe**

Membro do Depto de Defesa Profissional da SPSP. Diretor da Associação Paulista de Medicina. Ex-Presidente e fundador da SPSP – Regional Piracicaba.

Ex-Presidente da APM – Piracicaba. Ex-Presidente da Unimed Piracicaba.

Ex-Diretor da Vigilância Sanitária de Piracicaba.

### **Rubens Feferbaum**

Professor Livre Docente em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Vice Presidente do Depto de Defesa Profissional da SPSP.

**Sérgio A. Bastos Sarrubbo**

Médico Pediatra. Diretor Técnico de Departamento de Saúde do Hospital Infantil Darcy Vargas da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Médico Pediatra do Instituto da Criança do HC da FMUSP, no Centro de Saúde Escola do Butantã. Conselheiro Estadual Representando a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente de São Paulo (CONDECA) e 1º Secretário da Mesa Diretiva. Diretor-Coordenador dos Departamentos Científicos da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Secretário do Departamento de Defesa Profissional da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

**Sulim Abramovici**

Médico Pediatra. Coordenador do Departamento de Pediatria do Hospital Israelita Albert Einstein. Diretor da Unidade de Internação do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. Primeiro Secretário da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Membro do Departamento de Emergências e de Defesa Profissional da Sociedade de Pediatria de São Paulo.



## PREFÁCIO

Nas últimas décadas, observa-se uma preocupação em priorizar a segurança do paciente e em defender seus direitos. Isso é de fundamental importância; todos os membros da equipe de saúde devem trabalhar com uma visão ética e científica que ofereça o mais completo atendimento ao paciente. O trabalho do pediatra é em prol da vida, da saúde e do bem-estar de seu paciente, respeitando sua autonomia e dignidade de ser assistido como ser humano. Ainda mais, os pediatras devem propugnar para que os direitos essenciais da criança e do adolescente sejam respeitados em todos os níveis de assistência à saúde. Por outro lado, é fato comprovado que cada vez mais não são respeitados os direitos do pediatra. Direito ao desenvolvimento profissional, à remuneração justa e a condições de trabalho adequadas.

A Defesa Profissional em Medicina vive um momento de grande atividade. Busca-se valorizar o trabalho do médico; as entidades médicas e inúmeras sociedades de especialidades estão com Departamentos de Defesa Profissional atuantes. Isso é visível na Pediatria. A Defesa Profissional em Pediatria tem como objetivo procurar condições para que o pediatra possa exercer com dignidade sua função.

Cada vez mais a Pediatria incorpora e aproveita os avanços tecnológicos, prioriza a promoção à saúde e a prevenção de doenças, ao lado do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno. Porém, desafortunadamente, tanto no setor público quanto no privado o pediatra tem sido desvalorizado. Até o direito inalienável da criança e do adolescente ser atendido pelo pediatra tem sido usurpado. O exercício da Pediatria vive hoje um momento peculiar. É preciso discutir um novo modelo que reordene com fundamentos éticos e jurídicos os direitos dos pediatras.

Para ajudar o pediatra na sua luta do dia a dia, a Sociedade de Pediatria de São Paulo, pelo seu Departamento de Defesa Profissional, edita este *Manual de Defesa Profissional do Pediatra – 2009*. Em suas páginas, procura-se abordar os vários aspectos envolvidos na atividade pediátrica; oxalá seja de utilidade na vida profissional de cada um de nós.

José Hugo de Lins Pessoa

Presidente da SPSP.

## CAPÍTULO 1 - MERCADO DE TRABALHO

### O TRABALHO MÉDICO

*Claudio Barsanti*

É qualidade de todas as profissões que, para exercê-las dignamente, devam existir condições adequadas de trabalho e de remuneração. No exercício da Medicina, isso se apresenta como dever ético ao profissional: “a fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”. Assim, não é só um direito, mas também um dever, de todos nós médicos e pediatras, que batalhemos por boas condições de trabalho e de remuneração.

As sociedades de classe e os órgãos oficiais que representam a classe médica têm se unido e conseguido avanços nesse campo. Um exemplo prático e presente é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que em muito tem contribuído para uma adequação do rol de procedimentos médicos, trazendo notável melhora na remuneração dos profissionais médicos.

Entretanto, cada um de nós deve estar atento e pugnar por apropriadas condições de trabalho e de salários, dia a dia, questionando posições – e até denunciando aos órgãos competentes –, para que direitos individuais e de toda a classe não sejam perdidos.

Apresentam-se, a seguir, alguns pontos nos quais, nós pediatras, podemos ter dúvidas. Esses pontos têm o intuito de nos trazer subsídios e também de diminuir quaisquer dúvidas sobre nossa atividade profissional.

1) Condições de trabalho: mandatório que sejam adequadas ao exercício da profissão, caracterizando todas as necessidades à prestação da especialidade e detendo

condições de salubridade, tanto para os pacientes, como para os médicos atendentes. Atendimento humanizado, em todas as etapas da atenção médica, com especial ênfase às necessidades diferenciadas, nas diversas faixas pediátricas, deve estar sempre presente.

2) Remuneração: o Código de Ética Médica (CEM) determina que o médico deve receber uma remuneração justa, caracterizada como a que provê, da forma mais equânime possível, o trabalho profissional realizado. Destaca-se que o aludido diploma legal não só se contrapõe à cobrança de preços extorsivos, como também se apresenta contrário à remuneração médica a preço vil.

Por ser uma profissão liberal, o médico pode atribuir o valor que entender adequado aos seus serviços, desde que, como acima delineado, não se apresente nos extremos do preço vil ou da exorbitância. Os preços a serem cobrados devem ser de conhecimento do paciente antes que seja realizado o procedimento médico, permitindo ao paciente que decline do atendimento. Claro está que não pode ser cobrado qualquer tipo de remuneração de paciente assistido em instituição que preste serviço público, caracterizando-se esta afronta não só como delito ético, como também crime previsto no Código Penal de nosso país.

3) Pessoa física/pessoa jurídica: tem sido prática não rara que médicos, para prestarem serviços em instituições de saúde, ou mesmo para que sejam conveniados a realizarem atendimentos a empresas ou planos de saúde, tenham que constituir firma e, então, passem a emitir nota fiscal correspondente aos recebimentos decorrentes de seus serviços. No caso de trabalhos prestados em hospitais, ambulatórios e outras instituições de saúde, essa prática impede que se estabeleçam os direitos – e deveres – advindos de uma relação trabalhista existente entre as partes, trazendo prejuízo e perdas ao médico. Assim, não lhe serão atribuídas férias, verbas indenizatórias, adicionais de lei e outros benefícios

que a legislação trabalhista, ancorada na Constituição Federal (CF) e na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garante, caracterizando, assim, uma burla às normas legais vigentes. As próprias instituições envolvidas correm o risco de demandas trabalhistas futuras que lhe trarão, com grandes chances de ocorrência, perdas econômicas.

Destaca-se, também, que ao assumir a sua atenção como pessoa jurídica, o médico abre mão de sua atuação como profissional liberal, o que pode lhe trazer consequências jurídicas, como a perda da responsabilidade subjetiva e a consequente inversão do *ônus probandi*, quando de demandas jurídicas contrárias. Por isso entendemos que a imposição da relação de trabalho ao médico, por meio da obrigatoriedade de pessoa jurídica, prejudica o profissional e deve ser combatida.

4) Plantões/ Horas-extras/ Adicionais: os plantões e escalas correspondentes devem estar regulamentados pelo Regimento Interno do hospital e pelo departamento em que se aplica, devendo respeitar as normas das diretorias técnica e médica da instituição. A forma de remuneração (mensal, por plantão prestado...) deve ser previamente decidida entre as partes e, preferencialmente, estar descrita em contrato.

Estando definida a carga horária a ser prestada pelo profissional médico contratado, qualquer acréscimo de horas que se apresente nessa prestação deve ser remunerada como hora-extra. A Constituição Federal define o valor mínimo de 50% a ser pago pelas horas que excedam às combinadas. Contudo, convenções e acordos coletivos de trabalho podem determinar valor superior – nunca inferior – àquele.

O médico tem direito ao adicional de insalubridade, que é calculado em um percentual sobre o salário mínimo vigente e não sobre o salário total percebido. O adicional de periculosidade tem regras específicas para ser atribuído ao profissional.

5) Número de pacientes a serem atendidos/hora: não existe disposição legal ou ética que determine o tempo que deva perdurar uma consulta médica. Entretanto, o CEM, em diversos de seus artigos, traz a preocupação de que o atendimento médico deve se fazer com zelo, dedicação e ampla autonomia. Delineia, em seu artigo 8º, que ao médico é vedado “... renunciar à sua liberdade profissional devendo evitar quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho”. Caracterizado, então, que cabe ao médico atendente estabelecer a duração de seu atendimento, não podendo sofrer qualquer interferência de outrem, no sentido de se diminuir o tempo de consulta ou de aumentar o número de pacientes a serem atendidos por hora. Óbvio que médicos com menos experiência, como ocorre no caso de residentes, têm a necessidade de um maior tempo de atendimento, o que deve ser compreendido e respeitado pelos supervisores e assistentes de ensino.

## **TRABALHO MÉDICO EM CONVÊNIOS MÉDICOS/ COOPERATIVAS MÉDICAS/ MEDICINA DE GRUPO**

*Paulo Tadeu Falanghe*

Os serviços privados de assistência à saúde surgiram no Brasil no final da década de 60, sob a forma de planos de assistência médica, popularmente conhecidos como convênios médicos. Essa denominação pode ser utilizada tanto para a empresa jurídica quanto para a pessoa física que contrata um plano de assistência médica. O médico que atende a esses planos pode ter um vínculo trabalhista direto ou um contrato de prestação de serviços.

Basicamente, existem quatro modalidades de planos de assistência médica incluídos no setor da assim chamada Saúde Suplementar, a saber:

1. Medicina de Grupo: a gestão do plano é feita por uma empresa privada, criada historicamente (porém não exclusivamente) por proprietários de unidades hospitalares. Na sua maioria, os serviços são prestados em unidades próprias e os profissionais médicos que os atendem são empregados dessa empresa de medicina de grupo, podendo ser credenciados; as entidades filantrópicas têm tido uma classificação à parte dentro deste segmento. A principal organização que representa esse setor é a ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

2. Seguro Saúde: o funcionamento nesse modelo prevê o reembolso (indenização) de pagamentos efetuados pelo paciente na assistência médica. Atualmente, existe a garantia da assistência médica por meio do credenciamento de rede hospitalar, de diagnósticos e também dos profissionais de saúde. O sistema de reembolso com livre escolha de profissional é dificultado devido ao custo elevado das contribuições dos segurados, havendo um teto de reembolso predefinido. A principal organização representante é a Federação Nacional de Seguros – FENASEG.

3. Cooperativas Médicas: a gestão do plano é feita de forma semelhante às outras modalidades de empresas de assistência médica, porém elas são constituídas de médicos cooperados, que se agrupam em cooperativas em conformidade com a doutrina cooperativista e sob a égide de uma legislação própria, a Lei do Cooperativismo (Lei n. 5.764/71). Os médicos são, portanto, os sócios-proprietários de cada cooperativa. São denominadas de singulares as cooperativas de primeiro grau, em que os médicos cooperados se agrupam e administram sua unidade. Por sua vez, esta unidade se agrupa com outras singulares em unidades de 2º grau, normalmente regionais e/ou estaduais, que formam uma cooperativa de 3º grau, que representa o sistema (*e. g.* Unimed do Brasil). O médico cooperado, já que é proprietário de sua empresa, não apresenta vínculo trabalhista

e/ou credenciamento para a sua atividade, fim do ato cooperativo. A assembleia de cooperados é a maior instância de decisão da cooperativa, em que cada cooperado tem direito a um voto. O estatuto da cooperativa é amparado por lei específica e o sistema de remuneração obedece ao sistema de sobras e perdas do ano, em conformidade com a produção de cada cooperado. Este sistema cooperativista exclui a figura do intermediário na administração do plano, visto ser aquele, por definição, o responsável por sua cooperativa.

4. Autogestão: nesta modalidade, os serviços de saúde são voltados para os empregados de empresas e seus familiares, podendo ser organizados pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistência ou pelas próprias empresas. O médico pode ter vínculo empregatício ou ser credenciado à empresa de autogestão. Este segmento é representado pela UNIDAS.

A Saúde Suplementar no país, prevista na Carta Magna de 1988, foi regulamentada em 1998 por meio da Lei n. 9.656 e, posteriormente, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Esse mercado foi estruturado pelos quatro segmentos descritos, cada um com suas características, legislação e forma de organização, inclusive com órgãos de representação social diferentes. No entanto, a atividade desenvolvida por eles é a mesma. Todos administram “pecúlios” advindos das contribuições diretas dos indivíduos que compram assistência médica (planos individuais) ou dos empregadores para seus funcionários, de forma integral ou participativa do funcionário (planos coletivos).

Com o advento da regulamentação do setor, todas as modalidades passaram a ter tratamento semelhante às empresas do mercado financeiro e são denominadas operadoras de planos de saúde. São fiscalizadas pela agência reguladora – ANS – e para funcionar têm de ter autorização especial (capital mínimo e reservas financeiras), são monitoradas e têm

de publicar seus balanços, podendo sofrer intervenção e sendo passíveis de liquidação extrajudicial. A partir de 1999, todos os planos de saúde comercializados passaram a ser regulamentados, ou seja, obedecem a critérios determinados a todas as operadoras pelas resoluções da ANS. Os planos anteriores a 1999 obedecem normas contratuais efetuadas entre usuários e operadoras, no entanto, vêm sofrendo influência da agência fiscalizadora, para serem regulamentados, ou mesmo por meio de resoluções que passam a atingir os chamados planos antigos, anteriores à regulamentação. Os planos regulamentados passaram a ter critérios iguais a todas as operadoras para serem comercializados, tanto do ponto de vista de carência, idade do usuário, admissão ao plano, critérios de reajuste das suas mensalidades supervisionado pela ANS, doenças preexistentes, cobertura e rol de procedimentos. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de planos de saúde (ambulatorial, hospitalar – com ou sem obstetrícia – e plano referência) contratada pelo consumidor. Sua lógica é voltada para a cobertura e não para o pagamento, e, além disso, define para cada procedimento as segmentações de planos de saúde que devem ou não cobri-lo.

As principais representações da classe médica no país – Associação Médica Brasileira (AMB), que engloba as associações médicas estaduais, Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselhos Regionais e Federação Nacional dos Médicos (FENAM), sindicatos médicos – consideram que a regulamentação do setor representa um grande avanço na Saúde Suplementar, no sentido de se dar garantias de atenção à saúde do usuário e de sua família, de forma universal e imparcial a todos, representando uma conquista também para a classe médica, seja pelos direitos assegurados aos médicos e pela melhor atenção à saúde, conseqüentemente ao trabalho médico. As sociedades de especialidades entendem como um ato positivo a regulamentação do setor. Por outro lado, ainda falta

muito, principalmente na questão da remuneração dos trabalhadores em saúde suplementar, especificamente os médicos credenciados e cooperados, pois ainda não existe uma determinação para o relacionamento entre os próprios e as operadoras. Assim, frequentemente o médico é o último elemento a ser considerado pelas operadoras de plano de saúde quanto a pagamento justo e minimamente aceitável do seu trabalho, inclusive do ponto de vista ético.

## **CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM)**

*Paulo Tadeu Falanghe*

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é um referencial para os pagamentos dos atos médicos. Representa um ordenamento dos métodos e procedimentos existentes tanto no campo terapêutico quanto no diagnóstico, estabelecendo portes de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada ato. Elaborada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE), por solicitação da Associação Médica Brasileira, almejando o objetivo de disciplinar o rol de procedimentos médicos no país, teve a contribuição das sociedades de especialidades, inclusive a de Pediatria. Essa classificação deverá ser constantemente atualizada, pela incorporação de novas tecnologias, para ampliar a qualidade do atendimento.

Por meio de resolução do Conselho Federal de Medicina, a CBHPM foi adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar.

O “rol de procedimentos e eventos médicos”, determinado pela ANS, passou a ser denominado como “rol de procedimentos e serviços médicos”, sendo aprovado pela Câmara de Deputados para que seja utilizado como referência a CBHPM editada pela AMB, mediante consenso da Câmara Técnica da ANS.

Considerando que as entidades médicas criaram a CBHPM para ser referência ética para o pagamento de honorários médicos, defendendo preços mínimos para o trabalho e ajudando a manter um padrão mínimo de qualidade na assistência médica, ressalta-se que, infelizmente, os convênios médicos e as cooperativas médicas ainda utilizam a Tabela de Honorários Médicos da AMB, em versões diferentes e mais antigas. Essas tabelas foram recomendadas pela AMB no passado, porém a CBHPM já existe desde 2003. A CBHPM é importante à medida que não se caracteriza mais a ideia de cartel na imposição de preços a operadoras. Entretanto, infelizmente, como já descrito, ainda há muita resistência das operadoras em relação a adesão definitiva à CBHPM.

#### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

CARRION V. *Comentários à consolidação das leis do trabalho*. 27<sup>th</sup> ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Código de Ética Médica*. 2<sup>nd</sup> ed. São Paulo; 2007.



## CAPÍTULO 2 - O PEDIATRA E O SUS

*Dioclécio Campos Júnior*

Há algumas décadas, o SUS adota a estratégia de dificultar a assistência pediátrica. Delega, muitas vezes, a atenção à saúde da infância e da adolescência a profissionais não médicos ou a médicos não pediatras. Nega, às crianças e adolescentes pobres, o direito de acesso aos cuidados diferenciados para as singularidades evolutivas deste ciclo de vida.

A remuneração oferecida ao pediatra é apenas simbólica. Como mostrou a imprensa durante a última epidemia de dengue no Rio de Janeiro, este médico leva 10 anos para se formar e adquirir a habilidade profissional exigida. Seu salário inicial varia de R\$ 700,00 a R\$ 1.200,00. Além disso, o SUS paga R\$ 110,00 ao obstetra que assiste ao parto e apenas R\$ 23,00 ao pediatra habilitado para assistir ao recém-nascido na sala de parto.

Essa estratégia de exclusão do pediatra não expressa o que a população aspira, muito menos o que espera. Pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha em setembro de 2006 mostra que 97% das mães de todos os estratos sociais das capitais do País querem seus filhos atendidos pelo pediatra, não por outro profissional. E mais: 70% delas quer levá-los ao pediatra preferencialmente para consultas de acompanhamento da saúde, não apenas quando estejam doentes. É à força da puericultura a se revelar em pleno século XXI.

A Sociedade Brasileira de Pediatria tem defendido junto ao Ministério da Saúde as medidas descritas a seguir. Só a pressão legitimamente exercida pelos pediatras poderá romper a resistência dos gestores e garantir a modernização que o SUS está a requerer. São as seguintes:

- 1) Incluir o atendimento pediátrico no Programa de Saúde da Família, na forma de apoio às equipes do Programa, na proporção de um pediatra para cada quatro equipes,

remunerando-o com o mesmo salário pago ao médico generalista de adulto que atende crianças no PSF;

2) Equiparar a remuneração do pediatra que assiste ao recém-nascido na sala de parto ao valor pago ao obstetra que assiste ao parto;

3) Criar carreira para o médico do SUS que, à semelhança do que faz o Poder Judiciário, pague salários atraentes e estabeleça passagem obrigatória por regiões economicamente pobres, como etapa promocional, a fim de corrigir a má distribuição de médicos imposta pela lógica do mercado;

4) Modificar a tabela de remuneração do SUS para dar coerência ao discurso de saúde pública. O valor pago pela consulta do clínico de adultos, do pediatra, do gineco-obstetra e do cirurgião geral deverá ser maior que o valor da consulta do especialista. O SUS tem de privilegiar a consulta médica das especialidades básicas. Caso contrário, continuará a reproduzir a lógica do mercado e a perder profissionais com competência clínica;

5) Sistematizar e remunerar consultas de puericultura feitas pelo pediatra, situando-as na categoria de prioridade para a promoção da saúde da criança e do adolescente;

6) Investir na qualidade dos hospitais, centros e postos de saúde, conferindo-lhes estrutura de funcionamento que desperte respeito e orgulho nos usuários. Desde a qualidade das edificações, sua concepção arquitetônica adequada, a limpeza e o conforto dos espaços, até a disponibilidade de equipamentos mínimos essenciais como estetoscópios, otoscópios, balanças, antropômetros, termômetros e tensiômetros, quase sempre inexistentes na maioria da rede pública.

## CAPÍTULO 3 - O PEDIATRA E O PSF

*Dioclécio Campos Júnior*

O PSF vem se difundindo pelo País estimulado pelo Ministério da Saúde e financiado pelos recursos orçamentários que lhe são destinados. O êxito colhido por essa lógica de atendimento traduz-se, em vários municípios, por aumento da cobertura à população. No entanto, a ausência do pediatra no Programa reduz a capacidade resolutive das equipes que lhe dão estrutura. O médico de adulto não tem formação para identificar e tratar adequadamente os problemas de saúde da criança e do adolescente.

As equipes do PSF contam com médico de família, mas carecem de estrutura para o atendimento diferenciado que inclua obrigatoriamente a pediatria. Para resolver tal desencontro, o Ministério criou a figura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), concebido como instância de referência para as equipes do PSF. A inclusão do pediatra é, porém, opcional. Assim, a limitação qualitativa do Programa, no que concerne ao atendimento da criança e do adolescente, persiste. Não é ético, nem justo, privar qualquer indivíduo, muito menos a criança ou adolescente, do atendimento pelo profissional mais capacitado para a solução do seu problema de saúde. O PSF não deveria mais funcionar sem a pediatria no NASF. De fato, esses Núcleos só terão eficácia completa se passarem a contar com o pediatra, contratado nas mesmas condições do médico de família, a fim de que a atenção primária ganhe em qualidade, amplie o alcance dos atendimentos e garanta o direito das famílias à assistência pediátrica de seus filhos.

Em 2007, o Encontro Nacional de Entidades Médicas aprovou, por proposta da Sociedade Brasileira de Pediatria, as seguintes recomendações ao Ministério da Saúde,

relativas às mudanças requeridas para o aperfeiçoamento do PSF, que cabe aos pediatras defenderem:

1) Promover políticas públicas que garantam, progressivamente, o acesso de todas as crianças e adolescentes à assistência pediátrica no País;

2) Assegurar, nos municípios e regiões onde haja recursos para fazê-lo, a referência de, no mínimo, um pediatra para cada quatro equipes do PSF, ensejando-lhe carga horária definida em função da necessidade configurada pela demanda, com remuneração igual a do médico de família, proporcionalmente à carga horária referida.

## CAPÍTULO 4 - O CONSULTÓRIO PEDIÁTRICO: ASPECTOS CONTÁBEIS

*Aderbal Tadeu Mariotti*

Algumas considerações a respeito do Custo Operacional de um Consultório Pediátrico devem ser lembradas. Dentre elas, a difícil situação do exercício profissional da Pediatria no setor de saúde suplementar, caracterizada pelas péssimas condições de remuneração e de trabalho.

O artigo 86 do Código de Ética Médica assim expressa:

“É vedado ao médico:

Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.”

A última pesquisa “Perfil do médico no Brasil” indica que 74,7% dos profissionais médicos atuam em consultório privado. Entretanto, o paradigma de “profissional liberal” não mais existe; sendo inclusive reconhecido por metade dos médicos que possuem consultório. A perda deste *status* e do conseqüente prestígio social se traduz em:

1) Dependência de convênios, seguradoras, cooperativas: o médico passou a ser visto como um prestador de serviço, submetido a normas que, com frequência, conflitam com as regras da boa Medicina e do atendimento pediátrico de qualidade. Em virtude da lei da oferta e da procura, existem outros “colegas” que se submetem e aceitam tais normas, impedindo uma atitude de reação a este estado;

2) Necessidade de se valer, cada vez mais, do trabalho assalariado. A baixa remuneração implica na necessidade de vários empregos para a sua sobrevivência, resultando em prejuízo na sua qualidade de vida e na realização profissional;

3) Salários baixos, sobrecarga de trabalho: geram fadiga e estresse, prejudicando inclusive sua atualização profissional.

Além de arte e ciência, a Medicina é uma profissão. As mudanças ocorridas, ao longo do tempo, na estrutura do sistema de saúde, bem como o constante avanço da tecnologia médica, exigem dedicação extrema de seus praticantes. Para conseguirmos proporcionar uma melhoria na qualidade do atendimento pediátrico, com verdadeira dedicação à profissão, devemos lutar pela melhoria das condições de trabalho e de remuneração.

Entretanto, não podemos nos esquecer dos custos envolvidos no exercício da atividade em consultório privado. Ou seja, quanto custa girar a chave e abrir a porta para receber os pacientes. Observe que a planilha dada como exemplo apresenta os principais gastos desde o “girar a chave” e quantos pacientes, conveniados, de seguradora ou cooperativa, se deve atender, por mês, para cobrir o custo do consultório.

A planilha com os cálculos automáticos encontra-se à disposição no Portal da Sociedade de Pediatria de São Paulo, no *site* [www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br). A partir desta planilha calcule seu custo operacional e qual o lucro advindo, ou seja, o valor obtido após deduzir as despesas operacionais, isto é, o valor recebido de todos os pacientes, sejam eles particulares, conveniados e das seguradoras, deduzindo o custo operacional. Dividindo por 20 dias úteis, você sabe o quanto ganhou por dia de trabalho. Entenda que esta é sua profissão e este é o “negócio” do qual você sobrevive e sustenta sua família. O exercício da Pediatria deve lhe dar a sensação do dever cumprido e o prazer de poder ajudar a melhorar a saúde das crianças e adolescentes.

É preciso conhecer a diferença entre “preço e valor”; conceitos que raramente se associam nas estratégias de estabelecimento de honorários para os serviços prestados na

área da saúde. Isso exige um intrincado modo de definição, em que variáveis como: confiança, credibilidade, eficácia, paciência, fácil localização, tempo de atuação no consultório e outras mais, se fazem presentes. Qual o valor que cobre nossos custos? Qual é o valor aceito pelo mercado? Quanto vale seu atendimento pediátrico?

Coloque os custos operacionais na planilha e ela calculará automaticamente a porcentagem de cada custo. Acrescente o valor recebido pelos convênios, seguradoras ou cooperativas e saiba quantos pacientes precisam ser atendidos mensalmente para cobrir os custos operacionais. O excedente será o “pró-labore” que lhe proporcionará sobreviver e à sua família condignamente.

Não temos, na nossa formação médica, uma visão de Contabilidade. E isso é necessário para a nossa vida prática. Conheça o custo de manutenção de seu consultório para estabelecer as metas que permitirão uma adequada saúde financeira, resultando em uma gestão eficiente e lucrativa. Afinal, todo profissional merece.



## Quanto custa manter seu consultório?

CUSTO OPERACIONAL:			
Despesas Mensais:		Representatividade	<i>Como cobrir os custos com pacientes conveniados?</i>
Aluguel	R\$ 1.100,00	20%	<p>Exemplo: atendimento a 8 pacientes conveniados por dia, sem contar os dias úteis = 160 guias, sendo a média de R\$ 35,00/guia = R\$ 5.600,00.</p> <p>Deve-se subtrair o imposto de renda recolhido na fonte, a parte R\$ 5.600,00. Deve-se subtrair o imposto de renda recolhido na fonte, a parte de Cooperativas médicas e o tempo para receber este valor.</p>
Condomínio	R\$ 389,00	7%	
Enfermeira 1	R\$ 550,00	10%	
Enfermeira 2	R\$ 420,00	7%	
Faxineira	R\$ 300,00	5%	
Luz	R\$ 256,30	5%	
Telefone	R\$ 128,00	2%	
Imposto de Renda	R\$ 800,00	14%	
INSS	R\$ 350,00	6%	
Garagem	R\$ 120,00	2%	
A-) 1/12 da Desp. anual	R\$ 210,95	4%	
<b>B-) Gasto básico mensal</b>	R\$ 1.000,00	18%	
<b>Total</b>	<b>R\$ 5.624,25</b>	<b>100%</b>	

A-) Despesa anual:		<i>B-) Gasto básico mensal referente a:</i>
CRM	R\$ 250,00	<p>Compra de Móveis, Computadores, Equipamentos Médicos</p> <p>Escritório de Contabilidade</p> <p>Material de consumo para escritório, limpeza, entre outros</p> <p>Manutenção predial: elétrica, hidráulica, ar condicionado, PABX, mobiliário, pintura.</p> <p>Gastos com uniformes, transporte,</p> <p>Gastos com Atualização Médica</p>
ISSQN	R\$ 216,00	
Alvará Consultório	R\$ 160,00	
Soc. Bras. Pediatria	R\$ 240,00	
IPTU	R\$ 287,84	
Sindicato Médicos	R\$ 110,00	
APM	R\$ 297,60	
13º salário de funcion.	R\$ 970,00	
	<b>R\$ 2.531,44</b>	

<i>Média do valor pago por paciente pelos convênios, seguradoras, cooperativas</i>	<b>R\$ 35,00</b>
<i>Número de pacientes conveniados que você precisa atender para cobrir os custos</i>	<b>161</b>

## **CAPÍTULO 5 - RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM PEDIATRIA**

### **RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM PEDIATRIA: NA EMERGÊNCIA**

#### **A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

*Claudio Barsanti*

Apesar dos inúmeros avanços tecnológicos, a relação entre o médico, o paciente e seus pais ou responsáveis continua com papel de destaque no tratamento das patologias. Sem sombra de dúvida, podemos afirmar que o sucesso de um tratamento depende, em grande parte, da inter-relação que se estabelece entre os dois polos. Ainda, em determinadas situações, nas quais os profissionais de saúde não têm todas as respostas para evitar uma evolução desfavorável de determinada patologia ou condição clínica, o relacionamento humano entre esses profissionais, o paciente e sua família se transforma no principal elo de sustentação, em que estes se amparam, para manter a fé na cura do mal.

O pediatra, quando se depara com uma situação de emergência, além de estar pronto e tecnicamente apto para intervir na situação de risco, não pode se esquecer de que, diante de si, encontram-se pessoas fragilizadas, assustadas e que, frequentemente, não entendem o que está acontecendo, principalmente quando nos referimos às crianças e adolescentes. O paciente e seus familiares devem ser amparados, para que, em um primeiro instante, tenham condições de auxiliar no atendimento emergencial e, em seguida, estejam mais bem alicerçados para que possam se situar frente a situações desfavoráveis que venham a se apresentar e que independam do adequado atendimento médico realizado.

A confiança, a reciprocidade, a compaixão, a autoridade – sem que haja submissão por parte dos envolvidos –, o saber ouvir e a atenção são fatores fundamentais no

estabelecimento de uma adequada relação médico-paciente e, por conseguinte, indispensáveis para o adequado restabelecimento da saúde do paciente pediátrico. Essa relação já deve se estabelecer no primeiro contato com o paciente, mesmo que este se encontre em situação crítica. Equivocada a ideia de que a atenção dada à criança crítica e aos seus pais ou responsáveis, em uma situação emergencial, possa conduzir a uma demora no atendimento técnico, piorando o prognóstico do paciente a ser atendido. Prioridades devem ser dadas, contudo, a rapidez no atendimento médico não implica na ausência de respeito e atenção aos envolvidos.

Por outro lado, o pediatra deve ter consciência de que a terapêutica por ele desenvolvida pode não trazer o efeito desejado e, por isso, deve informar estes riscos aos familiares do paciente, para que não se produzam falsas compreensões. Importante ressaltar que, inadequados entendimentos podem conduzir à ideia de que houve falha no atendimento e, conseqüentemente, erro médico.

A alta carga emocional envolvida nas situações de urgência, principalmente com pacientes pediátricos, ladeada pela premência da situação e também da sua gravidade, faz com que, não raramente, haja uma inadequada percepção dos fatos pelas partes envolvidas. Cabe ao pediatra tentar minimizar essa possibilidade por meio de uma adequada relação médico-paciente, que deve se iniciar já na sala de atendimento emergencial.

## **PECULIARIDADES DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

O atendimento pediátrico em situações de urgência/emergência se caracteriza pela obrigatoriedade desse atendimento ocorrer em um breve espaço de tempo. Na situação de

emergência, a conduta médica deve ser prontamente estabelecida, pelo potencial risco de danos irreparáveis à saúde da criança/adolescente, inclusive com risco de morte.

Nessas situações de extrema gravidade, a assistência pediátrica traz à tona inúmeros aspectos éticos que devem ser refletidos. Ninguém questiona sobre o atendimento preferencial e diferenciado a ser dado a estes pacientes. Entretanto, dúvidas não faltam quando discutimos sobre os limites de tratamento, os critérios da triagem de pacientes para Unidades de Terapia Intensiva, bem como a atuação de médicos residentes em Pediatria, em aprendizado, ou ainda a realização de pesquisas clínicas em Unidades de Atendimento de Urgências. Todos nós sabemos da necessidade e da importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O médico, pelo TCLE, esclarece sobre os riscos do ato médico. Entretanto, nas situações pediátricas emergenciais, a atitude médica, tendo que ser realizada imediatamente, pode impedir que se tenham todas as informações necessárias e, deste desencontro, podem advir irreparáveis danos à relação médico-paciente.

Em um atendimento de emergência, um dos principais fatores de sucesso da relação médico-paciente – o contato anterior entre o paciente, seus familiares e o pediatra – normalmente inexistente. Os antecedentes pessoais e clínicos da criança não são conhecidos, dificultando o raciocínio clínico e o início das condutas necessárias. Além disso, a grande ansiedade e o medo provocados, entre outras razões, pelo desconhecimento dos procedimentos que serão seguidos, dificultam o estabelecimento de uma boa relação entre os profissionais de saúde, o paciente e seus familiares.

## CONCLUSÃO

A Medicina atravessou os séculos ancorada em duas prerrogativas intransponíveis: a relação médico-paciente e o sigilo profissional. Enquanto que o sigilo profissional permaneceu protegido, entre outras causas, devido a uma imposição legal, o relacionamento médico-paciente tem se deteriorado e essa deterioração tem levado a inestimáveis prejuízos tanto ao paciente, quanto ao profissional de saúde.

Apesar dos inúmeros avanços tecnológicos, da ampliação do conhecimento médico, do desenvolvimento de inúmeras especialidades, o calor humano do médico não encontrou substituto. Se, por um lado, todos esses incrementos cibernéticos permitiram um maior arsenal diagnóstico e terapêutico, por outro lado, distanciaram mais o médico de seu paciente e, por conseguinte, trouxeram prejuízo no tratamento dos enfermos.

Em uma situação de atendimento emergencial, o médico deve entender que todos os envolvidos, inclusive ele próprio, encontram-se estressados e que estabelecer uma adequada relação médico-paciente só trará benefícios e não retardará as medidas necessárias para o atendimento do paciente.

Assim, restabelecer uma adequada relação médico-paciente, além dos inúmeros benefícios trazidos ao tratamento do paciente, permitirá uma melhoria na atividade médica, pois os profissionais envolvidos facilmente perceberão essa melhora e, preventivamente, se protegerão de futuras ações administrativas ou legais.

## **RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM PEDIATRIA: NAS DOENÇAS CRÔNICAS**

*Mário Roberto Hirscheimer*

As doenças crônicas se destacam por contemplar pelo menos uma das características que se seguem:

- 1) curso demorado (maior que 3 meses);
- 2) ser progressiva;
- 3) necessidade de tratamentos prolongados ou
- 4) seu impacto na capacidade funcional.

Numa tentativa didática, elas podem ser classificadas em:

- 1) doenças orgânicas crônicas (como asma, fibrose cística, diabete, cardiopatias congênitas, doenças difusas do colágeno, insuficiência renal crônica, atresia de vias biliares, cirrose hepática, câncer, hemofilia, AIDS);
- 2) deficiências físicas (como deformidades ou falta de algum membro do corpo, fissura lábio-palatal, deficiência visual e auditiva);
- 3) dificuldades de aprendizado (como transtorno do déficit de atenção);
- 4) enfermidades neurológicas (como epilepsia e paralisia cerebral);
- 5) doença mental (como autismo).

Os avanços no tratamento das doenças orgânicas crônicas, particularmente na Pediatria, têm melhorado significativamente as taxas de sobrevivência de seus portadores, mas ao custo de um aumento do número de procedimentos médicos invasivos e de hospitalizações quando do agravamento de seu quadro clínico. Eles são quatro vezes mais

hospitalizados que os outros e a permanência hospitalar é sete vezes maior que a de doenças agudas.

Muito provavelmente, a criança portadora de doença orgânica crônica terá seu desenvolvimento físico e emocional afetado, podendo apresentar desajustes psicológicos decorrentes, tanto pela própria enfermidade, como pelo seu tratamento. Pouco se fala, entretanto, das alterações nos relacionamentos familiares e suas implicações nas relações com as equipes e instituições de saúde, quando há uma criança com tais doenças na família. Essas enfermidades estão relacionadas principalmente ao estresse parental, ao isolamento social dessas famílias e ao alto risco de desajustes psicológicos, tanto para a criança quanto para seus genitores, irmãos e família expandida (avós, tios etc.).

Há grandes variações na natureza no que diz respeito a gravidade dessas enfermidades (Tabela 1). Estimativas sugerem que, aproximadamente, 30% de todas as crianças têm alguma forma de doença crônica. Se forem excluídas as alergias leves, os distúrbios visuais menores e outras situações que causam pequenas consequências, 15 a 20% de todas as crianças têm alguma forma crônica de distúrbio físico, de aprendizado ou de desenvolvimento neuro-psico-motor. As taxas no sexo masculino são maiores do que no feminino. Sobrepeso não está incluído nesta estatística de distúrbios crônicos, embora suas taxas venham aumentando, vindo a se tornar problema de saúde pública. Nos EUA, quase 17% das pessoas entre seis e 19 anos tem IMC acima do percentil 95. Sem estimativas precisas, há quem considere que a depressão ocorra em 5% das pessoas entre nove e 17 anos de idade, merecendo também ser considerada como doença crônica.

**Tabela 1:** Prevalência de limitação física em portadores de enfermidades crônicas com menos de 18 anos de idade, nos EUA, no período de 2000 a 2003.

<b>Enfermidade</b>	<b>Nº (em milhares)</b>	<b>Prevalência (por 100.000)</b>	<b>Limitação de atividade* (% de enfermos)</b>
Asma	9.017	12.419	6,9
TDA <sup>#</sup>	4.034	6.078	5,5
ADNM <sup>##</sup>	2.061	3.145	16,7
Cardiopatias	957	1.318	9,76
Retardo mental	447	677	27,7
Paralisia cerebral	273	375	36,24
Autismo	234	322	18,2
Anemia falciforme	151	209	23,91
Diabetes	120	166	4,8
Síndrome de Down	104	141	23,9
Artrites	73	101	37,11
Distrofia muscular	35	48	81,3
Fibrose cística	29	40	33,9

\* = limitação na capacidade de engatinhar, caminhar, correr ou brincar

# = transtorno do déficit de atenção com ou sem hiperatividade

## = atraso de desenvolvimento neuromotor

**Fonte:** *National Health Interview Survey, 2000–2003.*

*National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control*

Nas famílias em que um de seus membros esteja doente, três subsistemas interagem com o paciente: sua enfermidade, sua família e a rede de serviços de saúde e apoio social.

## **ASPECTOS EMOCIONAIS**

Doenças orgânicas crônicas podem afetar o metabolismo e a alimentação da criança. Como consequência, o atraso de crescimento não é uma manifestação rara, assim

como dificuldades de aprendizado, por atraso do desenvolvimento da visão, audição e fala. Tais atrasos podem dificultar o relacionamento com os cuidadores e com outras crianças de seu convívio. Das crianças e adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas, aproximadamente 40% manifestam dificuldades de aprendizado e 25% referem ter distúrbios de comportamento. O risco de alterações psicológicas não está necessariamente associado à severidade da enfermidade.

Cumprir com as tarefas e lidar com o estresse próprio da infância se torna mais difícil para a criança enferma. A existência de desconforto e até de sintomas dolorosos associados à doença e às constantes avaliações e tratamentos podem comprometê-la física e mentalmente, bem como sua interação com o ambiente. Assim, embora a possibilidade de atrasos no desenvolvimento seja relativa, sua autonomia e sua independência podem ser modificadas pela enfermidade.

Crianças hospitalizadas que não compreendem o motivo do tratamento tendem a perceber o médico como algo negativo e assustador. Crianças entre seis meses e quatro anos de idade sofrem mais com a hospitalização do que crianças maiores, talvez pela maior dificuldade em entender o que está se passando. Mesmo quando a criança doente sente-se razoavelmente bem, ela demonstra dificuldades em obedecer à mãe e ao pai e a submeter-se ao tratamento, especialmente quando isto ocorre várias vezes ao dia. É só no momento em que a criança passa a adquirir a função simbólica, representação mental e linguagem é que ela se torna capaz de expressar seu entendimento da doença com maior clareza. Ela percebe, também, fatos que os adultos tentam lhe esconder, inclusive situações de doença.

As mães dessas crianças as percebem como mais persistentes (“teimosas”), menos adaptáveis e mais difíceis de lidar em comparação com seus irmãos e companheiros

saudáveis. A natureza da doença pode influenciar a percepção materna sobre o temperamento da criança.

A depressão em crianças doentes é um problema que afeta tanto sua percepção, como sua experiência com a doença. Essa enfermidade é resultado da interação entre a vulnerabilidade da criança para a depressão, as características da própria doença, os estressores do ambiente e os eventos de vida. Agrava o quadro a dificuldade em diagnosticá-la em situações envolvendo doenças orgânicas crônicas, pois os sinais e sintomas da doença frequentemente se sobrepõem aos da depressão. Também é importante avaliar se o tipo de doença causa manifestações psíquicas, para compreender a relação entre a depressão e a doença orgânica crônica.

Outro aspecto importante a ser avaliado é se os medicamentos que a criança toma estão interferindo no seu comportamento, causando sonolência, irritação, náuseas, ansiedade e depressão, com consequências negativas para a sua interação com os adultos e outras crianças do seu convívio.

Alguns tipos de doenças orgânicas crônicas mais instáveis e invisíveis, como asma e diabetes melito tipo I, têm sido mais frequentemente relacionadas com distúrbios emocionais. Uma melhor compreensão dos comportamentos não ajustados da criança com doença crônica poderá auxiliar os profissionais em suas intervenções, objetivando ajudar as interações dessas crianças com os diversos contextos que as cercam – família, escola, serviços comunitários e de saúde etc.

Os profissionais de saúde devem estar atentos para a possibilidade de a criança doente obscurecer os sintomas de estresse e o próprio agravamento de sua condição de saúde. Quando a duração da doença é longa, as crianças tendem a apresentar menos depressão do que aquelas cuja duração da doença é mais curta, o que pode ocorrer devido

ao desenvolvimento de estratégias para lidar com ela. Entretanto, um ano após o diagnóstico, mesmo as crianças e adolescentes já curados podem manter um estilo repressivo adaptativo, como forma de lidar com a situação da doença. Pode surgir um quadro de estresse pós-traumático, tanto nas crianças, quanto nos pais.

## **A RELAÇÃO GENITORES-CRIANÇA**

Quando a interação mãe / pai-criança é inadequada, a criança tem mais riscos de atrasos ou dificuldades no desenvolvimento, limitações sociais, cognitivas, linguísticas e até negligência.

Mães e pais buscam uma explicação clara sobre a doença crônica do filho e suas consequências – sentem-se frustrados quando isso não é possível e podem se questionar quanto à sua competência genética, podendo levar a sentimentos de culpa. A auto-estima dos genitores fica diminuída e eles podem até se sentir defeituosos.

Grande desafio é oferecer esclarecimentos para que os genitores consigam aceitar a situação, estabelecendo objetivos e expectativas realistas que levam em conta as limitações e potencialidades da criança.

As mães sentem a necessidade de proteger a criança e tendem a se isolar do convívio social. A presença de superproteção de mães e pais, juntamente com uma maior dependência da criança, potencializa eventuais problemas emocionais e comportamentais da criança.

Alguns pais demonstram o medo de apegar-se à criança e interagir com ela por causa do risco de morte. Eles sentem-se tomados por intensas emoções, mas, com o tempo, apesar dos medos e preocupações, conseguem expressar sentimentos de apego paternal.

O tipo de apego inseguro mais comum foi o “evitativo”. Crianças com apego seguro tendem a ser confiantes, enquanto crianças com apego inseguro tendem a ser mais ansiosas, “evitativas” e desorganizadas.

As dificuldades que surgem nessa relação podem ser reduzidas por meio de sessões terapêuticas formais e do envolvimento de uma equipe de saúde que seja sensível à situação.

## **A RELAÇÃO CRIANÇA-FAMÍLIA**

A rotina da família muda com as constantes visitas ao médico, medicações, procedimentos e hospitalizações e acaba atingindo todas as pessoas que convivem com a criança. Isso potencializa o estresse dessas mães e pais, que sentem seus papéis parentais muito mais exigidos do que nas situações em que a criança é saudável.

A doença crônica, ao afetar o desenvolvimento normal da criança, também atinge as relações sociais dentro do sistema familiar. Por vezes, o desajustamento da criança doente pode estar mais relacionado com o modo como a família lida com ela do que com os comportamentos e as atitudes da criança em si.

A dinâmica familiar é um preditor importante do ajustamento da criança. Ela pode servir como moderadora na atenuação dos efeitos negativos da doença, promovendo um ambiente facilitador para o seu envolvimento em atividades sociais, ou atuar em sentido oposto.

Com relação à família extensiva da criança, grande número de mães relata que, além de ajudar pouco e frustrar os genitores da criança doente, frequentemente os parentes criticam as escolhas feitas por eles, contribuindo para o seu isolamento social.

Sentimentos de responsabilidade, de necessidade de manterem controladas suas emoções e serem fortes para apoiar a mãe da criança foram os sentimentos revelados pelos pais. Encobrendo seus próprios sentimentos, estresse e necessidades pessoais, os pais querem permanecer aparentemente fortes para manter seu papel de cuidador da família, conseguido por meio do trabalho e da manutenção da rotina. Ainda que seja importante respeitar esta necessidade de manter o controle e permanecer forte para os outros, estes pais também necessitam de oportunidades para falar sobre suas preocupações e medos. Infelizmente a presença de uma criança portadora de necessidades especiais é motivo frequente de separação do casal, com impacto muito negativo na evolução da enfermidade, se isso não for adequadamente abordado.

O isolamento social da família é um acontecimento frequente que pode deixar o doente mais vulnerável a transtornos emocionais, perpetuar o estigma da doença e criar problemas para o enfrentamento da enfermidade. Isso pode ocorrer por diversas razões, dentre elas a natureza da própria doença, o estigma social (como no caso da AIDS) e a “evitação” da família em falar sobre a doença.

Nos casos em que ocorrem recidivas não previstas, com ou sem re-internações, cabe pensar na possibilidade de negligência ou omissão do cuidar. É importante procurar entender a origem da insuficiência dos cuidados. A omissão do cuidar pode ocorrer tanto por falta de recursos socioeconômicos da família, como pela intencionalidade de atos sucessivos de descuido ou desproteção. Esta pode ocorrer em todas as classes socioculturais. Nem sempre há consciência, por parte dos genitores, desta forma de mau-trato quando ela se dá por pouca valorização, menor importância e atenção insuficiente. Estas duas situações merecem abordagens completamente diferenciadas.

Em qualquer situação, devem prevalecer os interesses do menor e a responsabilidade do médico existe independente da dos genitores. Havendo ou não culpa dos responsáveis, é necessária a tomada de medidas de proteção deste menor que está sofrendo esta forma de violência, que é a negligência. Nestes casos, é recomendável agir:

1) Protegendo a criança, sem ignorar que sua expectativa é de transformação da dinâmica familiar e não de afastamento da sua família;

2) Buscando ouvir e compreender o que se passa com aquele grupo familiar, evitando o confronto;

3) Não contaminando o atendimento com as próprias cognições e emoções;

4) Não competindo com a família, agindo como “responsáveis melhores” para a criança – o objetivo é ajudar e proteger a criança e não tornar os pais mais fracassados, acentuando a ferida;

5) Lembrando que a remoção pura e simples da criança do seio familiar dá margem para que os pais encubram e neguem seus próprios problemas emocionais e conjugais: as crianças ficam duplamente vitimizadas, pois a confusão e o conflito não se esclarecem no contexto familiar;

6) Identificando as instituições que podem intervir a favor da criança, respeitando o papel institucional e profissional de cada um, como por exemplo:

Conselho Tutelar: órgão público municipal, cuja função é zelar pelos direitos da infância e juventude, conforme os princípios estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e que pode supervisionar os cuidados na moradia da família, auxiliando na procura dos recursos necessários;

Programa Saúde da Família: equipe multiprofissional vinculada à unidade básica de saúde responsável pelo acompanhamento da família na sua moradia, com ações de

promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos;

Juizado da Infância e da Juventude: tem o poder de intervir judicialmente para prover as necessidades da criança ou adolescente.

## **AS RELAÇÕES COM A REDE DE APOIO SOCIAL E DE SAÚDE**

As diferentes respostas que as famílias têm com relação ao estresse podem ser muito influenciadas pela rede de apoio social e de saúde a que têm acesso. Mães de crianças doentes tendem a perceber tal apoio social como insuficiente, particularmente quando a doença necessita de muitos cuidados, gerando altos níveis de estresse. Na maioria das vezes, as mães de crianças portadoras de doenças crônicas carecem de apoio emocional e de informação, necessitam compartilhar sentimentos pessoais e precisam ser encorajadas nas suas habilidades de cuidar da criança.

É importante atenuar os efeitos emocionais da enfermidade, pelo incentivo à participação em grupos de apoio com atendimento multiprofissional integrado, que incentive e treine a participação da família (e do paciente, quando menor capaz) nos cuidados, garantindo, assim, continuidade do tratamento e orientando os genitores sobre sua importância na promoção do desenvolvimento físico e emocional da criança. Seguramente, mães e pais podem se beneficiar ao aderirem a estes grupos de auto-ajuda, constituídos por mães e pais que vivem a mesma experiência.

É necessário reduzir os encargos dos genitores nos cuidados às crianças: enquanto pai e mãe trabalham, creches e escolas que abriguem essas crianças devem desenvolver programas de treinamento nos cuidados às crianças. Deve-se verificar a possibilidade de apoio especial às famílias numerosas, nas quais existe uma criança com necessidades especiais. Às vezes é necessário melhorar seu bem-estar econômico, promovendo a

profissionalização dos adultos e adolescentes, capacitando-os para funções mais bem remuneradas.

É dever do Estado e da Sociedade reduzir o isolamento social destas famílias, adequando recursos e serviços da comunidade à sua demanda específica na região de sua moradia, aumentando a resolutividade das unidades básicas, possibilitando o acesso a medicamentos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e otimizando os sistemas de referência e contra-referência.

Igualmente importante é adequar as condições da moradia destas famílias, com intervenções na urbanização, fornecimento de energia elétrica, saneamento e transporte (principalmente quando há pacientes com necessidades especiais).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presença de uma criança com doença crônica em uma família merece atenção especial com relação à sua dinâmica. A família deve se adaptar a uma realidade de convívio com um de seus membros cronicamente enfermo, na qual os padrões rígidos de funcionamento ou a dificuldade de mães e pais em aceitar a realidade podem agravar o desenvolvimento da criança. Como cada indivíduo e cada família têm uma forma singular de ser e de enfrentar essa situação, não existe um modelo ideal que possa servir a todos. O apoio social recebido pelos genitores da criança, tanto por parte da família estendida, quanto de amigos e profissionais de saúde, é fundamental para o bem-estar da criança, pois ameniza o estresse, possibilitando uma maior tomada de consciência do problema e, conseqüentemente, uma vinculação mais adequada com o filho.

É fundamental uma abordagem multiprofissional que envolva não só os aspectos clínicos, mas as repercussões psicológicas e sociais, tanto para a criança como para sua

família. Torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos aos aspectos que transcendem o tratamento médico da doença, pois sem uma visão abrangente sobre sua evolução e das relações da criança com as figuras significativas que a cercam, o êxito do tratamento fica comprometido. Além disto, uma boa relação entre a criança, a família e os profissionais de saúde facilita a tomada de consciência sobre a extensão e a gravidade da enfermidade, bem como sobre a aderência da criança e da sua família ao tratamento, especialmente naqueles muito invasivos, dolorosos e prolongados, mais sujeitos a serem negligenciados ou a uma proteção exagerada à criança.

Uma doença crônica torna seus portadores multidependentes de:

- medicação constante, às vezes injetável, e várias vezes ao dia;
- dietas restritivas;
- exames clínicos e laboratoriais periódicos, às vezes diários e várias vezes ao dia;
- assistência médica e de outros profissionais da saúde constante;
- práticas de atividades físicas programadas;
- dedicação intensa de pelo menos um cuidador, principalmente às crianças.

Apesar da abundância de informações sobre cada doença em particular, poucas se dedicam à promoção do bem-estar dos portadores desta enfermidade. Nas doenças crônicas, a principal arma do arsenal terapêutico é a empatia do médico com o seu paciente e sua família. Grande número de médicos sabe cuidar do controle clínico e metabólico, da orientação medicamentosa e alimentar, da prática de exercícios, mas desconhece as angústias de seus pacientes. Ter sua vida multidependente compromete significativamente a qualidade de vida destas pessoas quando comparada à das saudáveis. As consequências,

em longo prazo, de um possível mau controle pairam continuamente em seus horizontes, amedrontando-os.

Cuidar é mais que controlar ou informar o quanto a doença pode fazer mal e dizer que, se o paciente fizer “tudo direitinho”, ficará bem. É imprescindível compreender que saúde não significa mera ausência de doença, mas sim bem-estar físico, mental e social da pessoa. É preciso saber ouvir para poder aconselhar aquela pessoa a gerenciar ela mesma o seu tratamento, compartilhando com ela e seus responsáveis as decisões de como se conduzir para o melhor resultado possível, eventualmente transigindo dos esquemas rígidos de recomendações e protocolos, sabendo adaptá-los às diferentes circunstâncias da vida e não só a um cotidiano monótono. É muito importante promover a autonomia do paciente em relação aos seus cuidados, por meio de esclarecimentos, orientações e apoio, objetivando obter boa qualidade de vida e não fazer dos parâmetros bioquímicos aceitáveis e estáveis a única meta a ser atingida.

## **RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM PEDIATRIA: NAS DOENÇAS TERMINAIS**

*Mauro Borghi Moreira da Silva*

Considera-se paciente terminal aquele que, na evolução de sua doença, é incurável ou sem condições de prolongar a sobrevivência, apesar da disponibilidade dos recursos, estando, pois, num processo de morte inevitável.

Para outros autores, paciente terminal é aquele que vai morrer, num período de tempo relativamente curto, de três a seis meses, independente das ações médicas que são colocadas em prática.

Ninguém discute os benefícios da tecnologia moderna na cura das doenças e na reversibilidade da expectativa ante as condições mais adversas. O que se discute no momento é o mau uso desses recursos, com suas implicações éticas, legais e econômicas, para se evitar que essa tecnologia se transforme num instrumento de exploração financeira ou num mecanismo de sofrimento inútil e de resultados ineficazes.

É muito difícil para o pediatra pensar no seu cliente como um paciente terminal (imagine para os pais). Somos obrigados, contudo, a lembrar do Estatuto da Criança quanto aos Direitos da Criança e do Adolescente:

- 1) Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la;
- 2) Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida;
- 3) Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal;
- 4) Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária;
- 5) Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral.

E, principalmente, o direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Em publicação da Associação Mundial de Psiquiatria, é apresentada proposição de política sobre o cuidado de pacientes terminais.

“O cuidado de pacientes terminais com dor crônica severa deve possibilitar o tratamento que permita a esses pacientes um final de vida objetivo e digno.”

Os analgésicos, tanto opióides como não opióides, estão disponíveis e, quando utilizados de modo adequado, podem produzir um alívio efetivo da dor para a maioria dos

pacientes terminais. É uma incumbência do médico, e de todos quantos cuidam de pacientes morrendo com dor crônica severa, compreender claramente a dinâmica da experiência da dor, a farmacologia clínica dos analgésicos e as necessidades do paciente, familiares e amigos.

Quando um paciente está em estado terminal o médico deve focalizar seus esforços no alívio do sofrimento.

A dor é apenas um componente do sofrimento do paciente. Entretanto, o impacto que a dor tem na vida do paciente varia desde um desconforto tolerável até a exaustão.

A experiência clínica tem demonstrado que, em geral, o alívio da dor crônica severa de um paciente terminal não depende tanto do tipo de opióide utilizado, mas, o ponto crítico é a maneira com que a droga é utilizada.

É imperativo, entretanto, que o médico diferencie a dor aguda e a dor que pode ser esperada como crônica. Essa diferenciação pode gerar importantes implicações no uso de analgésicos opióides.

Os seguintes princípios gerais devem orientar o tratamento:

1) O tratamento deve ser individualizado para satisfazer às necessidades do paciente e mantê-lo tão confortável quanto possível;

2) O médico deve conhecer a potência, duração de ação e efeitos colaterais dos analgésicos disponíveis para selecionar a droga apropriada, assim como a dose, via de administração e horários que assegurem um alívio adequado à dor do paciente;

3) A dependência iatrogênica não deve ser considerada como um problema primário ao tratar a dor severa em doença neoplásica e nunca deve ser uma razão para não administrar analgésicos fortes em pacientes que poderão se beneficiar com eles;

4) Os governos devem examinar a extensão na qual seus sistemas de saúde, leis e regulamentações irão permitir o uso de opióides para objetivos médicos. Identificar os possíveis impedimentos a tais usos e desenvolver planos de ação para facilitar o suprimento e a disponibilidade de opióides para todas as indicações médicas apropriadas.

## **QUAIS SÃO OS MODOS DE MORRER?**

### Não resposta à reanimação plena

Morte que sobrevém mesmo com um manejo agressivo em Unidade de Terapia Intensiva, incluindo tentativas de reanimação plena.

### Decisão de não reanimar

Também denominada de ordem de não reanimação (DNR – Do Not Resuscitate order). É uma decisão prévia a ocorrência de uma parada cardiorrespiratória, devidamente discutida com toda a equipe, o paciente ou familiar, no sentido de não implantar as medidas de reanimação.

### Não implantação de medidas de suporte de vida

Decisão de não implantar medidas de suporte de vida, apropriadas e potencialmente benéficas, pelo entendimento de que o paciente morrerá sem a terapêutica em questão. As medidas propostas são consideradas fúteis, por não alterarem o prognóstico do paciente.

### Retirada de medidas de suporte de vida

Término ou retirada de medidas terapêuticas com a finalidade explícita de não substituir por um tratamento alternativo equivalente. Está claro que o paciente irá morrer no seguimento da alteração do processo terapêutico. Esta retirada está moralmente e tecnicamente justificada apenas quando as medidas forem consideradas fúteis.

## **COMO REALIZAR O PROCESSO DE RETIRADA DE TRATAMENTO?**

Esse é um aspecto extremamente difícil para o pediatra. A retirada de tratamento, quando justificada moral e tecnicamente, deve seguir alguns critérios essenciais, que são clareza, comunicação, cuidado e fechamento.

Clareza: compreensão clara do envolvimento de todas as partes interessadas no diagnóstico, prognóstico, objetivos terapêuticos e critérios utilizados para a retirada do tratamento.

Comunicação: troca contínua de informações entre os profissionais que estão atendendo o paciente, atualizando mudanças e permitindo o acompanhamento da evolução do caso, com suas diferentes perspectivas pessoais.

Cuidado: reconhecimento dos impedimentos emocionais em retirar o tratamento e responder a esta proposta de maneira sensível. Envolve o paciente, os familiares e os membros da equipe, que podem estar ambivalentes sobre a retirada do tratamento.

Fechamento: processamento das informações, após a morte do paciente, com a finalidade de revisar o atendimento prestado, refletir sobre os aspectos éticos envolvidos e permitir que o processo de luto ocorra.

Essa proposta contempla desde as situações iniciais, envolvidas no processo de tomada de decisão, até a finalização do caso como um todo. Essa abordagem abrangente tem um forte conteúdo preventivo, evitando desgastes entre todos os participantes em uma situação tão difícil.

## SITUAÇÕES ESPECIAIS ENFRENTADAS PELO PEDIATRA

### Deve-se dizer a verdade aos familiares?

Em geral, a lógica manda que se diga a verdade aos familiares do paciente incurável. A menos que eles não estejam psicologicamente preparados para a notícia, podendo o médico, inclusive, transmitir-lhes a gravidade pelas reações emocionais.

### Deve-se dizer a verdade ao paciente pediátrico terminal?

Não dizer tem sido a regra geral.

### Como dizer a verdade?

Não existe uma regra de conduta. É indiscutível que os adolescentes insistem em saber a verdade. A verdade deve ser dita com sinceridade e compaixão, entremeada de esperança e temperada com otimismo. A verdade não deve ser contada na arrogância de quem quer demonstrar um conhecimento dos mistérios da morte.

### Deve o médico mentir?

A mentira piedosa ou doce mentira é um instrumento aceitável quando o médico se encontra diante de um agonizante ou de um incurável.

Por fim, torna-se oportuno lembrar a definição de eutanásia, distanásia e ortotanásia.

Eutanásia (do grego) *Eu* = boa e *Thanatos* = morte. Boa morte, sem dor, angústia ou sofrimento; morte piedosa. Francis Bacon (1561-1626) afirma que o médico deve aplicar a sua ciência não somente para curar, mas também para minorar as dores de uma enfermidade mortal. Adquirindo o termo eutanásia o seu significado atual.

### Eutanásia e o Código Penal

**Art. 121** – matar alguém. Pena – reclusão, de seis a vinte anos.

Parágrafo 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, (...), o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

**Art.122** – Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Pena - reclusão de 2 a 6 anos, se o suicídio se consuma, ou reclusão de 1 a 3 anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

**Art. 66** – Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Se lembrarmos do Juramento de Hipócrates: “A ninguém darei, para agradar, remédio mortal, nem conselho para induzir à perdição”.

O Prof. Genival França, no livro *Direito médico*, descreve: “Mesmo que o doente esteja irremediavelmente condenado à morte próxima e em prolongado sofrimento, a eutanásia é sempre, em qualquer hipótese, um homicídio”.

Distanásia: é a agonia prolongada, é a morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido. Termo foi proposto por Morache, em 1904, em seu livro *Naissance et mort*. Distanásia também pode ser utilizada como a forma de prolongar a vida de modo artificial, sem perspectiva de cura ou melhora. Futilidade ou encarniçamento terapêutico, em que se elege a máxima: “algo pode ser feito”, independente do desconforto ou do sofrimento do paciente.

Tanto a eutanásia quanto a distanásia são tidas como sendo eticamente inadequadas.

Ortotanásia: é a atuação correta frente à morte. É a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo. A ortotanásia pode, desta forma, ser confundida com o significado inicialmente atribuído à palavra eutanásia. A ortotanásia poderia ser associada, caso fosse um termo amplamente adotado, aos cuidados paliativos adequados prestados ao paciente no momento final de sua vida.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina permitindo a prática da ortotanásia está suspensa até o julgamento final do processo. Permitia aos médicos limitar ou suspender tratamentos e procedimentos empregados para prolongar a vida de pacientes terminais acometidos de doenças graves e incuráveis.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Bioethics. Informed Consent, Parental Permission and Assent in Pediatric Practice. *Pediatrics*, 1995;95(2):314-7.

BENNET, D.S. Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 1994;19(2):149-69.

BERENBAUM, J.; HATCHER, J. Emotional distress of mothers of hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*, 1992;17(3):359-72.

BRADFORD, R. *Children, families and chronic disease*. London: Routledge; 1997.

CASTRO, E.K.; PICCININI, C.A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2002;15(3):625-35.

GOLDMAN, S.L.; GRANGER, J.; WHITNEY-SALTIEL, D.; RODIN, J. Children's representations of "everyday" aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 1991;16(6):747-66.

GÓNGORA, J.N. El impacto psicosocial de la enfermedad crónica em la família. In: RIOS, J.A. (org.) *La familia: Realidad y mito*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 1998. p. 176-201.

HOFFMAN, R.G.; RODRIGUES, J.R.; ANDRÉS, J.M.; NOVAK, D.A. Moderating effects of family functioning on the social adjustment of children with liver disease. *Children's Health Care*, 1995;24(2):107-17.

IRVIN, N.; KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. In: KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. (orgs.) *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 170-244.

OSELKA, G.; CONSTANTINO, C.F.; HIRSCHHEIMER, M.R. Aspectos éticos do relacionamento entre profissional de saúde e o paciente pediátrico. In: SEGRE, M. (ed.) *A questão ética e a saúde humana*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 101-4.

PFEIFFER, L; CARDON, L. *Vinculação pais e filhos*. Crianças e Adolescentes Seguros. DSCCA. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: Publifolha; 2006.

STRICKLAND, B.; MCPHERSON, M.; WEISSMAN, G. *et al.* Access to the medical home: Results of the National Survey of Children with Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 2004;113:1485-92.

WALLANDER, J.L.; VARNI, J.W. Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 1998;39(1):29-46.

WAMBOLDT, M.Z; WAMBOLDT, F. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: Selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000;30(10):1212-9.

WASSERMAN, M.D.A. Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas. In: GARFINKEL, B.; CARLSON, G.; WELLER, E. (orgs.) *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 408-16.

WISE, P.H. Developmental disabilities and chronic illness. In: KLIEGMAN, R.M.; BEHRMAN, R.E.; JENSON, H.B.; STANTON, B.F. *Nelson textbook of pediatrics*. 18<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007. chapter 38.

BISHOP, J. P. Law, Ethics, and Medicine. *Journal of Medical Ethics*, 2006. 32; 220-224.

CRIEGGER, B.J. *Cases in Bioethics*. New York: St. Martin, 1993:137.

DEBLOIS, J; NORRIS, P; O'ROURKE, K. *A primer for health care ethics*. Washington: Georgetown, 1995:175-6,182.

FRANÇA, G. V. Direito médico. 6. ed. Editora BYK, 1994. p. 417-441.

GOLDIM, J. R. Eutanásia. Disponível em: <[http:// www.ufrgs.br](http://www.ufrgs.br)> Acessado em agosto de 2008.

JIMÉNEZ DE ASÚA, L. *Libertad para amar y derecho de morir*. Buenos Aires: Losada, 1942:402-510.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de Bioética*. 7. ed. Editora Loyola, p. 371-405,4982005.

POVAR, G. Withdrawing and withholding therapy: putting ethics into practice. *J Clin Ethics*.1990; 1:53.

RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad. Saúde Pública*. vol. 22 (8), 2006.

SIQUEIRA-BATISTA, R; SCHARAMM, F.R. Conversação sobre a boa morte: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad. Saúde Pública*. 21(1):111-119, 2005.

VRAKING, A.M.; VAN DER, Heide A; VAN DER, Wal G. Regulating physician-assisted dying for minors in the Netherlands: views of pediatricians and others physicians. *Acta Paediatric*, 2007, 96(1): 117-21.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Physicians, patients, society: human rights and professional responsibilities of physicians. WPA, 44-5, 1996.



## **CAPÍTULO 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **(TCLE) EM PEDIATRIA**

*Rubens Feferbaum*

*Aderbal Tadeu Mariotti*

*Mônica López Vázquez*

### **INTRODUÇÃO**

Com a evolução social e a conscientização dos direitos humanos, o Princípio da Autonomia sobre o próprio corpo se reforçou. Assim, se apresentaram repercussões na prática médica que consolidaram, como direito do indivíduo, o recebimento de informações claras sobre seu quadro clínico e as diversas opções terapêuticas. Resultado de exaustivo processo informativo, reflexivo e de acordo de vontades, surge o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após sua obtenção, a atividade médica está devidamente autorizada e legitimada.

A primeira menção, nos meios jurídicos, à necessidade de consentimento do paciente se deu no ano de 1767, na Inglaterra, quando dois médicos decidiram tomar uma conduta médica sem consultar o paciente. O Tribunal, naquela ocasião, decidiu que aquele procedimento só poderia ter sido realizado com o consentimento do paciente. O termo “Consentimento Informado” foi utilizado pela primeira vez em sentença, nos Estados Unidos, em 1957.

No Brasil, em Portaria n. 437 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, de 8 de outubro de 2001, determinou-se a obrigatoriedade, em casos de terapia de anemia, com medicamentos específicos, em pacientes portadores de insuficiência renal crônica, de assinatura do paciente, autorizando o procedimento específico.

## **DEFINIÇÃO**

O TCLE se caracteriza como um termo de ciência, consentimento e responsabilização, em que o paciente (ou seu responsável) autoriza a realização de um procedimento, tratamento ou cirurgia. É um processo de informação que atinge seu final com a concordância documentada do paciente com o tratamento que lhe está sendo ministrado.

Previamente, o médico deve explicar claramente a proposta de tratamento, procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido. Seguem as explanações sobre os seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Nesta comunicação, o paciente deve ter a oportunidade de realizar perguntas e receber as informações necessárias ao procedimento.

No TCLE também se autorizam quaisquer outros procedimentos/ tratamentos, nos quais possam ocorrer situações imprevistas e que venham a necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. O mesmo deve ocorrer em relação a órgãos ou tecidos removidos cirurgicamente, para que possam ser encaminhados para exames, ou utilizados com propósito médico, científico ou educacional.

Assim, o TCLE é aquele obtido, na atividade médica, após os esclarecimentos necessários. Portanto, para a realização de procedimentos médicos deve haver a concordância das partes (médico e paciente – ou seu responsável). Ou seja, o TCLE é um direito do paciente em conhecer o que se passa com seu organismo, o planejamento de atitudes a serem tomadas e a decisão conjunta com o profissional que lhe presta atendimento.

## **FORMA DO CONSENTIMENTO**

A finalização do procedimento, qual seja, a obtenção do consentimento poderá ser oral ou escrita, mas deve haver a certeza da compreensão dos dados. Os procedimentos que apresentem maiores efeitos colaterais ou índices de complicações terão preferência à forma gráfica. Entretanto, por cautela, embora a lei admita a forma verbal, deve-se reduzir a forma escrita com a assinatura do paciente ou seu responsável. Assim, se preconiza, quando da forma de texto, que estejam presentes, além das descrições médicas correspondentes, ao menos:

- a) Nome legível, com assinatura do paciente ou de seu responsável (e no caso deste, a descrição do grau de parentesco ou relação com o paciente);
- b) Documentos de identidades respectivos;
- c) Tradutor (se necessário), com a descrição de seu documento de identidade;
- d) Nome legível, com assinatura e descrição de seu número de inscrição no Conselho de Classe, por parte do médico atuante.

Embora questionado por alguns, que invocam o Princípio da Autonomia do paciente como determinante principal na relação médico-paciente, dividimos a ideia dos que entendem que, para os procedimentos emergenciais, em que se apresenta risco iminente à vida, a intervenção independa da manifestação da vontade.

## **VALIDADE JURÍDICA**

Deve-se ressaltar que existe a necessidade da obtenção do TCLE para a realização de qualquer procedimento. Este é dever ético, com repercussões nas esferas cível, penal e administrativa. Devem ser específicos, sendo inválidos os que se apresentem extremamente genéricos.

Outra característica desse documento é a de que o tratamento poderá ser aceito apenas parcialmente. Ainda, a qualquer ponto, o paciente poderá decidir pela descontinuidade das condutas médicas, o que deverá estar muito claro no aludido documento. Desta forma, mesmo se o paciente iniciar tratamento, poderá ser necessária a obtenção de novos consentimentos, no caso de que novas medidas, não anteriormente suscitadas, se tornem necessárias.

O consentimento é também revogável, podendo o paciente a qualquer momento desistir da escolha feita anteriormente.

Há necessidade imperiosa do TCLE, podendo, a não comprovação da sua existência, caracterizar um agir culposo do médico no atendimento a seu paciente.

## **FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

O alicerce da obtenção do TCLE encontra-se na Constituição Federal que garante o direito à vida, estendendo-se ao direito à integridade física e à saúde (física e mental). Garante o direito à dignidade da pessoa humana e os direitos da personalidade. Ainda, a Carta Magna, em seu artigo 5º, inciso XIV, estabelece o direito à informação.

O Código Penal só admite a intervenção médica sem o consentimento do paciente em casos de risco de morte (artigo 146, § 3º). Caso contrário, pode-se configurar o constrangimento ilegal.

Do ponto de vista civil, há consenso de que a relação médico-paciente é contratual, sendo que a celebração do contrato de prestação de serviços ocorre na primeira consulta. É um contrato oneroso, bilateral e personalíssimo. Via de regra, é contrato de meio e não de resultado, exceto em algumas situações especiais. O Código Civil em vigência (artigos 13 e

15) trata da autonomia do indivíduo sobre o seu corpo, sinalizando a necessidade do Consentimento Informado.

Considerando-se o Código de Defesa do Consumidor (CDC), no qual o médico apresenta-se como prestador de serviços e o paciente como consumidor, é lícito afirmar que existe a obrigação de informar. Este dever do médico é decorrente do objetivo da informação, que é proporcionar ao consumidor a verdade sobre os aspectos da contratação e que determinam seu consentimento. Somente após o esclarecimento, poderá haver permissão consciente.

Finalmente, de acordo com o Código de Ética Médica, o artigo 46 dispõe no mesmo sentido. O artigo 56 veda a violação do direito do paciente de decidir sobre as práticas diagnósticas ou terapêuticas, exceto em casos de iminente perigo de morte. Torna-se obrigatória a informação a respeito do diagnóstico, prognóstico, riscos, benefícios e objetivos do tratamento.

## **IMPLICAÇÕES DA AUSÊNCIA DE CONSENTIMENTO**

Caso o médico não obtenha o consentimento, e realize algum ato contrariamente à vontade do paciente, poderá ser responsabilizado por seu ato.

A obtenção do TCLE é dever do médico, que não o observando, age de forma negligente, violando o direito de personalidade e de integridade física, bens jurídicos tutelados pelo Direito.

No caso de risco de morte e quando do atendimento de pacientes inconscientes e sem acompanhantes, dividimos o entendimento de não haver necessidade de consentimento para a realização dos procedimentos médicos.

Do ponto de vista legal, a imposição de conduta médica, em casos como os acima mencionados, encontra amparo nas excludentes de culpabilidade, tais como a inexigibilidade de conduta diversa, estado de necessidade ou mesmo no exercício regular de direito.

#### **TCLE: PONTOS DE DESTAQUE**

- a) O TCLE é direito do paciente e dever do profissional médico;
- b) Legitima a ação do médico, não eximindo a responsabilidade quanto à execução de seus atos;
- c) Pode ser verbal;
- d) A ausência do TCLE pode ensejar ação de indenização, mesmo se os resultados obtidos forem considerados adequados;
- e) Apenas em exceções, admite-se a intervenção médica sem o TCLE.

#### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de responsabilidade civil*. 2. ed. rev., aum. e atual. São Paulo: Malheiros, 2000.

COUTINHO, Leão Meyer. *Código de ética médica comentado*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, 2002, v. 7.

FABIAN, Christoph. *O dever de informar no direito civil*. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 2002.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. Artigo publicado na *Revista Bioética*, v. 2, n. 2, 1999, p. 129 a 135.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Responsabilidade civil de acordo com o novo Código Civil*. São Paulo: Saraiva, 2002.

KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil do médico*. 4. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

MORAES, Irany Novah. *Erro médico e a lei*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.



## **CAPÍTULO 7 - O PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

*Mário Roberto Hirscheimer*

*Clóvis Francisco Constantino*

*Sulim Abramovici*

O prontuário do paciente é o conjunto de anotações e documentos que registram informações referentes aos seus dados clínicos (anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, exames complementares solicitados com respectivos resultados), assim como todas as informações relativas à sua evolução clínica e aos procedimentos propostos e executados, além das prescrições e dos cuidados prestados pela equipe de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais etc.). Sua elaboração de forma legível é obrigatória (artigos 39 e 69 do CEM), assim como a identificação do profissional que executou a ação.

O profissional que efetua as anotações deve obrigatoriamente assiná-las e identificar-se por meio de carimbo ou escrevendo seu nome e seu número de inscrição no conselho profissional a que pertence de forma legível, abaixo de sua assinatura. É importante enfatizar que não há lei que obrigue o uso do carimbo.

O prontuário constitui-se num instrumento de fé pública e é de fundamental importância para o paciente. É também importante para os profissionais e as instituições que o atendem. Sua utilidade se estende para pesquisas, elaboração de estatísticas, cuja análise permite propostas de políticas da área da saúde, e avaliação da qualidade da assistência prestada. Seu correto preenchimento tem relevante valor na defesa do profissional no caso de demandas judiciais. Sua não elaboração, pelo médico, implica em ilícito ético grave (artigo 69 do CEM).

No prontuário do paciente, o profissional da saúde deve registrar aquilo que lhe foi relatado, suas constatações, suas hipóteses diagnósticas, suas condutas e procedimentos, suas conclusões, suas recomendações, mas somente ao que se refere ao paciente. Não cabem anotações referentes ao funcionamento dos serviços ou a respeito de atitudes de outros profissionais envolvidos no atendimento. Para este fim, devem ser usados memorandos internos do serviço. Por ser documento de fé pública, o prontuário do paciente merece cuidados no seu preenchimento:

- Não escrever a lápis;
- Não deixar espaços, páginas ou folhas em branco;
- Não usar líquido corretor (“branquinho”);
- Não fazer rasuras – erros no preenchimento devem ser cancelados ou

anulados de forma evidente e reescritos.

## **DOCUMENTOS PADRONIZADOS DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

Todas as folhas do prontuário do paciente devem ser identificadas, no mínimo, com o nome completo do paciente, seu número do registro na instituição de saúde, data e hora do atendimento ou ocorrência.

Embora não exista oficialmente um modelo padronizado para cada documento que compõe o prontuário, na pediatria, ele deve ser constituído por:

- Folha de anamnese completa e exame físico de admissão, com hipóteses diagnósticas e conduta médica inicial;
- Termo de responsabilidade;
- Consentimentos informados;

- Relação de acompanhantes;
- Atendimento ambulatorial;
- Atendimento de urgência/emergência;
- Evolução médica, de enfermagem e de outros profissionais da equipe multiprofissional que, no caso de internação, devem ser diárias, com data e horário em todas elas;

- Gráfico de evolução antropométrica;
- Prescrição médica, de enfermagem e de outros profissionais da equipe multiprofissional que, também, no caso de internação, devem ser diárias, com data e horário em todas elas;

- Resultados de exames complementares (laboratoriais, gráficos, de imagem e outros) e seus respectivos resultados;

- Descrição cirúrgica;
- Folha de anestesia;
- Folha de débito do centro cirúrgico (gasto de sala);
- Resumo e orientação de alta.

Alguns desses documentos merecem considerações:

## **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Necessário nos casos de internação ou da realização de procedimento invasivo ou de risco.

Na realidade, trata-se de um termo de compromisso, um contrato, entre o paciente (ou seus responsáveis legais), os profissionais de saúde e a instituição onde a internação ou

o procedimento é realizado, que dispõe sobre direitos e deveres do paciente, dos seus responsáveis legais, dos profissionais da saúde e da instituição assistencial. Além dos dados de identificação do paciente, deve conter os dados de identificação do responsável legal, seu grau de parentesco ou de relacionamento com o paciente, qualificando-o (grau de parentesco, número de algum documento, endereço etc.). Por parte dos profissionais e da instituição, deve constar o esclarecimento do direito ao sigilo profissional e o respeito ao exercício da autonomia do paciente ou de seus responsáveis legais. A lei estadual n. 10.241, de 17 de setembro de 1999, e a lei municipal n. 14.413, de 31 de maio de 2007 determinam quais são os direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo e no Município de São Paulo. Projeto de Lei com conteúdo equivalente tramita no Congresso Nacional. O termo de responsabilidade deve explicitar o respeito a tal legislação.

Não é concebível que o Termo de Responsabilidade inclua no seu texto insinuações de que o paciente ou seu responsável legal, mediante tal instrumento, concorde com qualquer tratamento ou procedimento indicado pela equipe de saúde *a priori*, sem seu expresso e específico consentimento. Este documento deve assegurar-lhe o direito de saber tudo a respeito de sua doença por meio de informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, terapêuticas propostas – seus riscos, benefícios e inconvenientes –, incluindo alternativas de procedimentos diagnósticos e terapêuticos existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços.

Por parte do paciente e de seus responsáveis legais, o Termo de Responsabilidade deve prever a obrigação de fornecer as informações solicitadas de modo confiável, a fim de proporcionar avaliação adequada do estado de saúde do paciente, com a garantia da

proteção pelo sigilo profissional; o compromisso de não utilizar medicamentos e alimentos não autorizados pela equipe de saúde da instituição; o respeito ao regulamento da instituição (que visa ao bem-estar dos demais paciente e da equipe de saúde, baseado na dignidade e no respeito mútuo que objetiva o benefício do paciente, sua família e da coletividade). Deve também esclarecer, de modo claro e objetivo, a responsabilidade pelo pagamento das despesas hospitalares, de materiais, de medicamentos, de recursos diagnósticos e terapêuticos e de honorários profissionais no caso de procedimentos e de internações fora do SUS. Convém deixar muito claro que tal responsabilidade compete aos responsáveis legais no caso de despesas que não recebem cobertura por parte das empresas de saúde suplementar.

O Termo de Responsabilidade deve ser feito em duas vias: uma fica com o paciente ou seu responsável legal e outra deve ser anexada ao prontuário.

## **CONSENTIMENTOS INFORMADOS**

Há diversas denominações usadas, em nosso meio, para se referir ao Consentimento Informado: “Ciência e Consentimento”, “Consentimento Após Informação”, “Consentimento Livre e Esclarecido”, “Consentimento Pós-informação”, “Formulário de Autorização de Tratamento”, “Termo de Aceitação do Tratamento Médico-Cirúrgico Ambulatorial”, “Termo de Consentimento Esclarecido”, “Termo de Consentimento Informado”, “Termo de Esclarecimento e Consentimento”, “Termo de Esclarecimentos” e até o termo em inglês “Informed Consent”.

Por ser tema de outro capítulo deste Manual, não abordaremos o assunto, entretanto, destacamos que, acima de tudo, a obtenção do Termo de Consentimento Informado caracteriza-se como uma manifestação de respeito do médico à autonomia do paciente.

## **RELAÇÃO DE ACOMPANHANTES**

Necessário nos casos de internação ou da realização de procedimento de risco.

Para atender o que diz o artigo 12 da ECA (“Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.”), este documento serve para diferenciar os acompanhantes hospitalares que se revezarão em acompanhantes – sujeito a determinadas regras e rotinas da instituição de saúde e cuja permanência junto ao paciente pode e deve ocorrer nas 24 horas do dia – e em visitantes – sujeitos a outras regras e com permanência limitada.

Como a maioria dos responsáveis legais pelo menor de idade internado tem outros compromissos profissionais e familiares, a lista dos possíveis acompanhantes pode incluir várias pessoas, de preferência afetivamente vinculadas ao paciente (avós, tios, vizinhos, padrinhos/madrinhas e até irmãos ou primos). Nem sempre este acompanhante tem que ser maior de idade, mas convém estabelecer uma idade mínima de, por exemplo, 15 anos, desde que avaliado por membro da equipe de saúde como maduro para tal tarefa (alguns até mais espertos que outros maiores de idade). Tal revezamento deve até ser incentivado, mas é justificável que se prevejam horários para ocorrer.

A presença do acompanhante tem se mostrado útil não só para o bem-estar do paciente, como também para a melhora da qualidade da assistência prestada e para a diminuição do tempo de internação, pois deve ser-lhe dada a oportunidade de aprender a cuidar do paciente, particularmente daqueles com necessidades especiais. A qualidade deste aprendizado irá, sem dúvida, diminuir a necessidade de re-internações.

É desejável, portanto, haver programas de educação em saúde para o acompanhante, assim como proporcionar-lhes oportunidades de lazer. Isto ajuda a promover a empatia da família com a equipe de saúde, beneficiando a todos.

É importante esclarecer que o acompanhante está proibido de interferir com outros pacientes internados, mesmo a pedido do acompanhante deste outro, e que não lhe é permitido participar dos procedimentos técnicos exclusivos dos profissionais de saúde, como ministrar medicamentos ou alterar parâmetros de controle sem a supervisão profissional.

No caso de conflitos familiares, infelizmente não tão raros, este documento é imprescindível para estabelecer quais as pessoas que legalmente podem ficar com a criança ou adolescente e quais estão legalmente impedidas de fazê-lo.

### **ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Os documentos gerados na internação hospitalar, no pronto-socorro e no ambulatório deverão ser arquivados juntos – são partes de um mesmo prontuário. Não se justifica registrar e arquivar separadamente tais documentos. Mesmo assim, cada atendimento deve ter registrado:

- Identificação do paciente;
- Anamnese;
- Exame físico;
- Hipóteses diagnósticas;
- Exames subsidiários solicitados e seus respectivos resultados (ou como obtê-los se colhidos e cujos resultados ainda não foram liberados);

- Terapêutica prescrita e executada;
- Evolução;
- Condições e orientações de alta.

**RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES** (laboratoriais, gráficos, de imagem e outros) e seus respectivos resultados.

É importante lembrar que os documentos relativos aos exames complementares pertencem ao paciente. É com eles que devem permanecer. Isto se justifica para que ele possa consultar outros serviços e médicos, se desejar, sem ter que repetir inutilmente exames já realizados. Tal atitude é um ato de respeito ao princípio de autonomia do paciente e ao de justiça distributiva, ao evitar desperdício de recursos.

No prontuário do paciente deve ficar uma cópia do exame ou ser anotado seu resultado nas folhas de evolução ou em folha evolutiva própria para este tipo de informação, o que facilita sua interpretação frente a resultados anteriores.

### **RESUMO E ORIENTAÇÃO DE ALTA**

É inconcebível que o paciente seja atendido sem receber, ao final do atendimento ou alta hospitalar, por escrito, um documento elaborado de modo claro e objetivo com todos os dados relevantes relacionados ao atendimento. Além dos dados de identificação, ele deve conter: diagnósticos, resultados de exames complementares (como já mencionado, a documentação dos exames deve ficar com o paciente), medicamentos utilizados (dose, via, intervalo, duração), uso de hemocomponentes (tipo, quantidade e datas), procedimentos e

cirurgias realizadas e, principalmente, prescrição, orientações e planejamento para continuidade do tratamento (consultas de retorno, acompanhamentos futuros etc.).

Ao entregar o resumo e orientação de alta ao paciente (ou seu responsável legal, ou, melhor ainda, ao seu cuidador), é importante saber o grau de entendimento do que nele está contido, principalmente no que se refere à continuidade do tratamento. Se tal continuidade não for assegurada, todo o trabalho até então realizado poderá resultar inútil e só terá gerado custos, tendo agregado benefício efêmero ao paciente. Seria desejável que o paciente (ou responsável legal) explicitasse tal entendimento, assinando o recebimento do Resumo e Orientação de Alta na cópia que deve ser anexada ao Prontuário do Paciente.

#### **ARQUIVAMENTO E DISPONIBILIDADE DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

A disponibilidade consiste no pronto acesso à possibilidade de recuperação imediata dos dados e informações contidas nos prontuários para os pacientes ou para seus representantes legais.

Quanto à conservação, não há diferença na base de dados se em papel ou informatizada. O que se espera do prontuário é que ele preserve o conteúdo, mantendo o sigilo e a integralidade. No tocante ao prazo de conservação, algumas observações devem ser lembradas.

A Resolução CFM n. 1639/02 estabelece que o prontuário informatizado deva ser guardado permanentemente, ao passo que os documentos em papel devem ser conservados pelo prazo de 20 anos, desde que copiados em meio eletrônico ou microfilme.

Há de se levar em conta que, em relação a guarda do prontuário, os assuntos legais relativos à prescrição judicial têm de ser considerados, por exemplo, o prazo que o paciente, ou seu representante legal, possui para entrar com eventual ação judicial.

O artigo 206 do Código Civil estabelece que o prazo geral para propor uma ação de reparação civil, nela abrangidos os processos por dano moral, é de três anos, sendo que o prazo prescricional não corre contra menores de 16 anos, por força do disposto no art. 198 do mesmo Código.

Assim, no caso do médico pediatra, no que diz respeito ao Código Civil, recomenda-se que sejam guardados todos os documentos relativos ao atendimento, pelo prazo de três anos depois do último atendimento, ao que deve ser somado o tempo que falta para o paciente completar 16 anos, pois somente a partir desta idade é que começa a se contar o prazo prescricional, em se tratando de menores de idade.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

CREMESP: Prontuário e segredo médico. In: *Cadernos CREMESP – Ética em Ginecologia e Obstetrícia*, 3. ed. São Paulo: CREMESP, 2004, p. 31-8.

DIÁRIO OFICIAL DA CIDADE DE SÃO PAULO. Lei Municipal n. 14.413, de 31 de maio de 2007, n. 100, 1º jun, 2007. Seção I, p. 1.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei Estadual n. 10.241, de 17 de março de 1999, n. 51, 18 mar., 1999. Seção I, p.1.

Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. D.O.U. 16/7/1990.

Resolução CFM n. 1.638, de 10 de julho de 2002, artigo 5º.

Resolução CFM n. 1.639, de 10 de julho de 2002.

Resolução CREMESP n. 70, de 14 de novembro de 1995, artigo 3º.

## CAPÍTULO 8 - ERRO MÉDICO EM PEDIATRIA

### DEFINIÇÕES

*Marcos Guilherme Fontana*

Todos os profissionais, de qualquer área, devem seguir regras e padrões condizentes com o melhor desempenho de suas atividades.

Os profissionais de saúde devem exercer sua profissão amparados nos Códigos de Ética de sua classe, atuar com correção técnica e estar sempre atualizados para que possam usar de todas as ferramentas diagnósticas e terapêuticas para prestarem o melhor papel no benefício de seu paciente.

Aqueles que fogem a essas regras e padrões podem incorrer em erros e, como consequência, causar danos ao seu paciente. Esses danos, se decorrentes da ação ou da omissão do profissional, serão passíveis de indenização.

Atualmente, as demandas jurídicas contra médicos são uma realidade crescente, bem como o número de profissionais condenados e os montantes indenizatórios solicitados pelos que questionam os profissionais médicos.

Uma boa relação médico-paciente, ancorada na dedicação profissional, poderá minorar os riscos de uma ação judicial, porém, atualmente tornou-se mandatório que os profissionais médicos tenham alguma compreensão de aspectos legais para que não sofram prejuízos maiores.

## **OBRIGAÇÃO DE MEIO, RESULTADO E SOLIDARIEDADE**

O atendimento prestado pelo médico pediatra ao seu paciente, como na maior parte das especialidades médicas, estabelece uma obrigação de meio, ou seja, o médico tem o dever de prestar ao paciente o melhor atendimento possível usando de todo material disponível e da melhor maneira possível conforme os progressos da medicina, mas não com a obrigação de curar o paciente.

Conforme Cahali:

Obrigação de meios é aquela na qual o que se exige do devedor pura e simplesmente é o emprego de determinados meios sem ter em vista o resultado. È a própria atividade do devedor que está sendo objetivo do contrato. Dessa forma a atividade médica tem que ser desempenhada da melhor maneira possível com a diligência normal dessa profissão para o melhor resultado, mesmo que não seja conseguida. O médico deve esforçar-se, usar de todos os meios possíveis para alcançar a cura do doente, apesar de nem sempre alcançá-la.

Já na medicina estética a obrigação é de fim, ou seja, o resultado deve ser aquele que se estipulou previamente. Discorre Cahali: Obrigação de resultado é aquela em que o devedor obriga-se a chegar a um determinado fim, sem o qual não terá cumprido os seus deveres, caso em que estará obrigado a responder pelas consequências.

## **SOLIDARIEDADE**

Há ainda a possibilidade da solidariedade, ou seja, divisão de responsabilidade com pessoa física ou jurídica, quando estas situam-se no polo passivo, dividindo a responsabilidade.

De acordo com o Código Civil: “Art. 264. Há solidariedade quando na mesma obrigação concorre mais de um credor ou mais de um devedor, cada um com direito, ou obrigado, à dívida toda.”

Nesses casos, existe a possibilidade do envolvimento simultâneo de empresas de grupo, hospitais, médicos e outros. Estes se tornam solidários com a conduta praticada e passam a ter obrigação. O fato não decorre do ato médico propriamente dito, mas pela culpa da entidade em escolher mal o profissional ou de não fiscalizar sua atuação.

### **ERRO MÉDICO, CULPA E DOLO**

Conforme o Manual de Orientação Ética e Disciplinar do Conselho Federal de Medicina, erro médico é “a falha do médico no exercício da profissão. É o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior. Observa-se que todos os casos de erro médico julgados nos Conselhos de Medicina ou na Justiça, em que o médico foi condenado, o foi por erro culposo”.

O dano culposo é aquele causado por imperícia, imprudência ou negligência, ou seja, sem a intenção daquele que causa o dano. Existem exceções como, por exemplo, o aborto, que é considerado crime realizado com a intenção da obtenção de resultado ou assumindo o risco de produzi-lo, sendo, portanto, considerado doloso.

A negligência caracteriza-se pelo não fazer, o abandono, a falta de ação, a omissão do tratamento, falta de observação àquilo que a situação exige. Não fez o que devia fazer.

A imprudência consiste na precipitação, no agir sem cautela, no descuido, na prática de ação precipitada, na inobservância dos melhores cuidados a determinada situação. Fez o que não devia fazer.

A imperícia é a deficiência de conhecimentos técnicos, o despreparo, inabilidade para a prática de determinados atos. A falta de aptidão teórica ou técnica, no desempenho da profissão. Fez de forma errada ou equivocadamente o que devia fazer.

Com a melhora do nível socioeconômico-cultural ocorrida nos últimos anos, cada vez mais os cidadãos se conscientizam da defesa de seus direitos e interesses. Isso reflete no crescente número de denúncias, bem como no aumento significativo das indenizações atribuídas. Essas questões tem sido motivo de grande preocupação em todos os setores da sociedade. E não é diferente na área médica.

Vale lembrar que a incessante busca pela especialização nos faz cada vez mais conhecer a fundo e com riquíssimos detalhes a fisiologia e a fisiopatologia do corpo humano. Não podemos permitir, porém, que nos faça perder a visão geral da pessoa e que os procedimentos extremamente direcionados ao tratamento dos sintomas e dos órgãos acometidos nos excluam a totalidade do ser humano e nos coloquem em outro caminho que não o da busca ao bem-estar pleno do homem.

## **AÇÕES DE PREVENÇÃO**

Atualmente, com o advento de exames precisos e procedimentos complexos, podemos realizar tarefas que outrora eram inimagináveis, porém, muitas vezes temos deixado de lado a relação humana, o atendimento humanizado, a dedicação e atenção necessárias ao nosso paciente. Apesar de toda preocupação médica com sua atualização, que é fundamental para o conhecimento e bom uso de todo arsenal terapêutico a seu dispor,

não se pode minorar a importância do bom relacionamento do profissional médico e seu paciente. Uma boa relação médico-paciente é sem dúvida o fator mais importante para o sucesso da empreitada de ambos. Por parte do médico, a transmissão de segurança, confiança, preocupação, interesse, conhecimento, afeto e dedicação. Em relação ao paciente, este deve entender que a medicina, em muitas situações, pode não obter o resultado desejado, independente da melhor atuação do profissional médico.

Alguns fatores que podem interferir na relação médico-paciente devem ser exaustivamente combatidos, como a interferência das operadoras de planos de saúde em exames que possam auxiliar no diagnóstico e tratamento de algumas patologias, condições de trabalho absolutamente questionáveis a que são submetidos alguns profissionais de saúde, principalmente em serviços públicos e também em privados, ensino médico deficiente, entre outros tantos fatores que deterioram a relação do médico com seu paciente.

Conforme nos mostram inúmeros estudos, a quebra da relação médico-paciente adequada se desdobra no aumento do número de ações contra médicos em todas as escalas do direito.

## **DIREITOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Como em qualquer outro tipo de relacionamento, há direitos e deveres que devem ser respeitados pelos participantes para que não ocorra a ruptura da relação que muitas vezes pode ser traumática.

Conforme o “Guia da relação médico-paciente”, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, são direitos do médico:

1) Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza;

2) Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país;

3) Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

4) Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente;

5) Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina;

6) Internar e assistir aos seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição;

7) Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão;

8) Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente;

9) Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

**Fonte:** *Código de ética médica*. Capítulo II – Direitos do Médico. Artigos 20 a 28.

Também estão bem delineados os direitos do paciente. E para que se estabeleça uma relação adequada, o médico deve conhecê-los em sua totalidade para que, em os respeitando, permita que se estabeleça e se mantenha a adequada relação médico-paciente.

São eles:

**Abandono:** após iniciado o tratamento o médico não pode abandonar o paciente, a não ser que tenham ocorrido fatos que comprometam a relação médico-paciente e o desempenho profissional. Nesses casos, a continuidade na assistência prestada deve ser assegurada.

**Acompanhante:** o paciente tem o direito de ser acompanhado por pessoa por ele indicada, se assim desejar, nas consultas, internações, exames pré-natais e no momento do parto; receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar.

**Alta:** o médico pode negar-se a conceder alta a paciente sob seus cuidados quando considerar que isso pode acarretar-lhe risco de vida. Se o paciente ou familiares decidirem pela alta sem parecer favorável do médico, devem responsabilizar-se por escrito. Nesse caso, o médico tem o direito de passar o caso para outro profissional indicado ou aceito pelo paciente ou família.

**Anestesia:** receber anestesia em todas as situações indicadas. Recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida.

**Atendimento digno:** o paciente tem direito a um atendimento digno, atencioso e respeitoso, sendo identificado e tratado pelo nome ou sobrenome. O paciente não pode ser

identificado ou tratado por números, códigos, ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

**Autonomia:** consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados.

**Criança:** a criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

**Exames:** é vedada a realização de exames compulsórios, sem autorização do paciente, como condição necessária para internação hospitalar, exames pré-admissionais ou periódicos e ainda em estabelecimentos prisionais e de ensino.

**Gravação:** o paciente tem o direito de gravar a consulta, caso tenha dificuldade em assimilar as informações necessárias para seguir determinado tratamento.

**Identificação:** poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a função e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

**Informação:** o paciente deve receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; exames solicitados; ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas propostas e duração prevista do tratamento. No caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, deve ser informado sobre a necessidade ou não de anestesia; o tipo de anestesia a ser aplicada; o instrumental a ser utilizado; as partes do corpo afetadas; os efeitos colaterais; os riscos e as consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; os exames e as condutas a que será submetido; a finalidade dos materiais coletados para exame; as alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço onde está sendo realizado o atendimento ou em outros serviços, além do que mais julgar necessário.

**Medicação:** ter anotado no prontuário, principalmente se estiver inconsciente durante o atendimento, todas as medicações, com as dosagens utilizadas, e o registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

**Morte:** o paciente tem o direito de optar pelo local de morte (conforme Lei Estadual válida para os hospitais do Estado de São Paulo).

**Pesquisa:** ser prévia e expressamente informado, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, que deve seguir rigorosamente as normas regulamentadoras de experimentos com seres humanos no país e ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital ou instituição.

**Prontuário:** ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário médico, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão.

**Receituário:** receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas ou em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão.

**Recusa:** o paciente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar quem deve receber a informação em seu lugar.

**Respeito:** ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a satisfação de necessidades, a integridade física, a privacidade, a individualidade, o respeito aos valores éticos e culturais, a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal, e a segurança do procedimento; ter um local digno e

adequado para o atendimento; receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa.

**Sangue:** conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

**Segunda opinião:** direito de procurar uma segunda opinião ou parecer de um outro médico sobre o seu estado de saúde.

**Sigilo:** ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública.

*Fontes: Lei Estadual (São Paulo) n. 10.241, de 17/03/1999.*

*Pareceres dos Conselhos de Medicina. Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.*

É importante a conscientização dos profissionais médicos que alguns cuidados devem ser mantidos para que se evite incorrer no artigo 186 do Código Civil: “Art. 186: Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

E, neste sentido, como aspectos a destacar, na prevenção do erro médico nas instituições de saúde, cabe citar:

**Consentimento informado:** o consentimento, a autorização do paciente após a informação e compreensão adequada acerca do procedimento a que vai ser submetido.

**Orientação:** instruir o paciente a respeito do tratamento a que vai ser submetido, de sua doença, do prognóstico, das advertências, dos cuidados para sua recuperação.

**Prontuário:** o prontuário deve ser preenchido corretamente, tanto pelo médico quanto pelos outros membros da equipe multidisciplinar envolvida no atendimento do

paciente. Quem tiver acesso ao prontuário deve ter esclarecido o porquê das condutas adotadas, resultados de exames, orientações, esclarecimentos aos familiares.

**Atualização:** a atualização médica em suas técnicas, instrução permanente, educação continuada.

**Reuniões clínicas:** discussão de casos a fim de identificar acontecimentos danosos aos pacientes e que estes sejam estudados e corrigidos.

**Rotinas:** criar protocolos, rotinas de atendimento ao paciente que devem orientar os profissionais médicos de determinada instituição.

Conforme Manoel de Carvalho e Alan A. Vieira,

A prevenção de erros deve basear-se na busca de causas reais, que geralmente incluem erros nos sistemas de organização e implementação do serviço, e que os erros devem ser aceitos como evidências de falha no sistema, e encarados como uma oportunidade de revisão do processo e de aprimoramento da assistência prestada ao paciente.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

BARSANTI, C; VÁZQUEZ, M.L. *Fique de olho nos seus direitos*. São Paulo: Lemos Editorial.

CAHALI, YS. *Responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Saraiva, 1984.

CARVALHO, M; VIEIRA, A. Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, vol. 78, n. 4, jul-ago, Porto Alegre, 2002, p. 261-268.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Código de ética médica*. 2. ed. São Paulo, 2007.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

JURANDIR, S. *Responsabilidade médica, civil, criminal e ética*. 7. ed. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 1998.

KFOURI NETO, M. *Responsabilidade civil do médico*. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1998.

MENDES, NF. *Responsabilidade ética, civil e penal do médico*. 1. ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2006.

ZAMPIERI JR. S; MOREIRA, A. *Erro médico: semiologia e implicações legais*. JBM 1995;69(1):116-20.

## **CAPÍTULO 9 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE NA ÁREA MÉDICA**

*Antonio Renato Bonin*

### **INTRODUÇÃO**

Crescem, a cada ano, as denúncias, junto aos Conselhos Regionais, em relação à publicidade médica antiética. Entre janeiro de 2000 e dezembro de 2006, tais denúncias ocuparam o quarto lugar no “ranking” das queixas de exercícios antiético da Medicina, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Sensacionalismo, autopromoção, concorrência desleal, exposição pública de pacientes e mercantilismo se destacaram como as principais infrações éticas, neste campo. Nesse mesmo período, a publicidade irregular levou 180 médicos a julgamento no Conselho Paulista, que resultou em cinco cassações.

O Conselho de Ética do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária (CONAR) julgou 229 propagandas durante o ano de 2000, sendo 67 delas de serviços ligados ao setor da saúde.

Os dados acima demonstram a necessidade de conscientizar a classe médica sobre a importância que esta tem em atuar dentro das normas que regem a publicidade e as propagandas de sua profissão.

### **PROPAGANDA E PUBLICIDADE: CONCEITOS**

O Manual de Publicidade Médica do CRM-DF de 2005 conceitua propaganda como sendo a difusão das ideias já consolidadas, ou mesmo criadas ou reinventadas, visando a persuadir o público de aceitar determinado comportamento com a adoção ativa de certas convicções. Já a publicidade é conceituada como sendo o conjunto de ideias e ações que

têm o objetivo de despertar o interesse e o desejo do consumidor (paciente), para que ele se sinta estimulado a procurar por determinado produto (médico, hospital ou serviço de saúde).

No *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, propaganda é definida como “a difusão de mensagem verbal, pictórica, musical etc., de conteúdo informativo e persuasivo, em TV, jornal, revista, outdoors etc.” e publicidade, como a “arte, ciência e técnica de tornar (algo ou alguém) conhecido nos seus melhores aspectos, para obter aceitação do público e também como divulgação de matéria jornalística, gerada por encomenda de uma empresa, pessoa, instituição (...) por qualquer veículo de comunicação”.

## **ÉTICA EM PROPAGANDA E PUBLICIDADE MÉDICAS**

A publicidade médica deve ter como pilares de sustentação, por um lado, a ética profissional e seus ditames e, por outro, a verdade absoluta. A comprovação científica deve ser possível diante de qualquer informação divulgada. Não devem pairar dúvidas quanto à autenticidade das informações veiculadas, pois, em caso contrário, o profissional envolvido sofrerá sanções administrativas a serem interpostas pelos Conselhos Regionais ou pelo Conselho Federal.

A publicidade de assuntos médicos deve também obedecer às normas do CONAR, e atender aos princípios do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e ao artigo 196 do Código Penal Brasileiro (CPB).

Os profissionais de saúde devem ter ciência de que, muitas vezes, detêm informações que, quando transmitidas a outras pessoas, poderão ser acatadas como realidade absoluta; e, caso não sejam verídicas, poderão conduzir a um descrédito, não

somente em relação ao profissional que as divulgou, mas também em relação a toda classe médica.

O Conselho Federal de Medicina, ao emitir a Resolução n. 1.701, em dezembro de 2003, estabeleceu os critérios norteadores da propaganda em Medicina. Conceituou os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes á matéria. Contudo, cabe ao profissional, ser o verdadeiro analista e censor de sua forma de divulgação, a fim de evitar que ocorram distorções, ou que se vulgarize o trabalho médico e a Medicina.

## **PUBLICIDADE MÉDICA E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA**

O assunto encontra-se regulamentado nos artigos 131 e 136 do Código de Ética Médica (CEM). Esse Código se direciona a impedir que o profissional médico divulgue assuntos de sua área de atuação, em qualquer veículo de massa, quando não estiver sendo caracterizado, por parte deste profissional, apenas o esclarecimento e o desejo de educar a população ouvinte. Isto é, o assunto médico deve ser discutido de forma não sensacionalista e não deve deter qualquer cunho de autopromoção. Não só! Todos os temas referentes a tratamentos e descobertas devem ter expesso reconhecimento pelo devido órgão competente.

A presença de médicos em programas de televisão e rádio, bem como, mais recentemente, em entrevistas ou *chats* de Internet, deve ser constantemente avaliada. Deturpações e desrespeitos ao CEM devem ser prontamente denunciados e combatidos. Assim, é proibido ao médico realizar qualquer forma de consulta, diagnóstico ou prescrição por meio desses veículos de comunicação. Neste caso, além de afronta direta ao artigo 134 do aludido Código, o profissional estaria atuando de maneira, ao menos, irresponsável.

Poderia incorrer em erros, que conduziram a danos irreversíveis, ao indivíduo que solicitou a informação, visto que, o médico não examinara o paciente e, portanto, não conhecia todos os dados de anamnese e, muito menos, seu exame físico. Neste caso, realizaria ato imprudente, transgredindo o dispositivo no artigo 29 do CEM, que assim dispõe: “É vedado ao médico: Art. 29, Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”.

O CEM se preocupa, ainda, em evitar que maus profissionais se utilizem de títulos ou especialidades que não detenham, anunciando-os, não só em veículos de comunicação, como também em receituários ou impressos de sua clínica. E, claramente, impede que o médico usufrua de sua profissão para realizar anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza.

## **PUBLICIDADE MÉDICA E O CONAR**

Em 1980, foi fundado, na Cidade de São Paulo, com abrangência nacional, o CONAR, que elaborou o Código Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária, em 50 artigos e 19 anexos, com a responsabilidade de garantir que a publicidade fosse veiculada em conformidade com a ética e as leis. O anexo G, com seus quatro artigos, refere-se à publicidade e propaganda médicas. Assim, proíbe anunciar:

1) a cura de doenças, para as quais não haja tratamento com embasamento científico comprovado;

2) métodos de tratamentos e diagnósticos sem bases científicas consagradas;

3) especialidade não admitida para o respectivo ensino profissional;

4) a oferta de diagnóstico e/ou tratamento à distância;

5) produtos protéticos que necessitam de exames e diagnósticos de médicos especialistas;

6) o exercício de mais de duas especialidades;

7) atividades proibidas pelo código de ética profissional.

O discutido documento obriga a menção do responsável médico, quando da propaganda de serviços hospitalares e assemelhados. Finalizando, em seu anexo G, pelo delineamento de que a propaganda de tratamentos clínicos e cirúrgicos deve estar em acordo com as normas dos órgãos de fiscalização profissional e governamentais competentes. Proíbe o testemunho de leigos em relação a tratamentos médicos e dietéticos, bem como a promessa de cura ou de recompensa para aqueles que não alcançarem êxito com a utilização do tratamento em questão.

## **PUBLICIDADE MÉDICA E O CDC**

O Direito Brasileiro, respaldado no CDC, sedimentou quatro princípios específicos da publicidade, sob o aspecto da defesa do consumidor. São eles:

1) da VERACIDADE: previsto no artigo 37, § 1, do CDC, em respeito à “adequação entre aquilo que se afirma sobre o produto ou serviço e aquilo que realmente é”. Esse artigo é claro: “É enganosa qualquer tipo de publicidade que divulga informação total ou parcialmente falsa capaz de induzir o consumidor a erro de julgamento. A pena para o responsável pela infração é de três meses a um ano de detenção e multa”;

2) da CLAREZA: previsto nos artigos 4º, VI e 36. O artigo 4º veda expressamente que a publicidade contenha mensagem de concorrência desleal ou de uso indevido de sinais ou marcas de propaganda que prejudique o consumidor;

3) da **CORREÇÃO**: é chamado por alguns doutrinadores de princípio à ordem pública ou da legalidade;

4) da **INFORMAÇÃO**: ou princípio da Fundamentação: refere-se à necessidade que a publicidade esteja fundamentada pelos dados técnicos e científicos que a sustentam.

### **PUBLICIDADE MÉDICA E O CPB**

A publicidade médica também é regida pelo Código Penal Brasileiro, no que diz respeito à concorrência desleal. Segundo o artigo 196, detenção de três meses a um ano ou multa é a pena imputada para quem comete crime de concorrência desleal. Em seu parágrafo 1º, determina o Código Penal, que comete crime de concorrência desleal quem:

I – publica pela imprensa, ou por outro meio, falsa afirmação, em detrimento de concorrente, com o fim de obter vantagem indevida;

II – presta ou divulga, com intuito de lucro, acerca de concorrente, falsa informação capaz de causar-lhe prejuízo;

III – emprega meio fraudulento para desviar, em proveito próprio ou alheio, clientela de outrem; (...).

### **PUBLICIDADE MÉDICA E A RESOLUÇÃO DO CFM 1.701/2003**

Esta Resolução veio a substituir todas as disposições anteriores, especialmente a Resolução do CEM 1036/ 80, sendo a que está, atualmente em vigor. Como meta trouxe o estabelecimento dos critérios norteadores da propaganda médica, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes ao assunto. Assim, em seus dois primeiros artigos, definiu:

**Art. 1º** Entender-se-á pro anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico.

**Art. 2º** Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

- a) nome do profissional;
- b) especialidade e/ou área de atuação quando devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina;
- c) número da inscrição no Conselho Regional de Medicina.

**Parágrafo único.** As demais indicações dos anúncios deverão se limitar ao preceituado na legislação em vigor.

Ratificou, em seu artigo 5º, a necessidade de divulgação do responsável técnico, com seu respectivo número de inscrição no Conselho Regional, quando do anúncio de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica ou de quaisquer outras instituições de saúde. Caracterizou como sendo de inteira responsabilidade deste responsável técnico, qualquer afronta à disposição legal.

Por outro lado, esta Resolução permitiu que o profissional médico preste informações ao público, por meio de divulgação leiga, com fins estritamente educativos, e desde que não se façam presentes a autopromoção (intenção de angariar clientela, fazer concorrência desleal; pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos; auferir lucros de qualquer espécie; permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço) ou o sensacionalismo (divulgação publicitária, mesmo de procedimentos já consagrados, de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação, ou da instituição que atua, ou tem interesse pessoal; utilização da mídia para divulgar métodos que não tenham reconhecimento científico; adulteração de dados estatísticos visando seu benefício ou de sua instituição; apresentação, em público, de métodos científicos que devam se limitar ao meio médico; veiculação pública de informações que possam causar intranquilidade à sociedade).

Em seu artigo 3º, enumerou diversos impedimentos, dentre os quais se destacam as proibições quanto à participação de profissionais em propaganda enganosa de qualquer natureza, ou ainda, em divulgação de matérias desprovidas de rigor científico. Neste campo, continuam suas proibições, impedindo propaganda e método ou técnica que não sejam aceitos pela comunidade científica, ou que garantam, inequivocamente, a eficácia de tratamentos.

Este artigo somou-se ao CEM (Artigo 9º: “A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio”) quando, em um de seus itens, proscree o oferecimento de serviços médicos, ou produtos ligados à Medicina, por meio de consórcio ou similares.

Esta resolução obrigou, também, que cada Conselho Regional mantenha uma Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME), comissão esta que deverá ser acionada pelo médico, quando de qualquer dúvida, no tocante à divulgação publicitária. Explicita, em seu artigo 15, as atribuições de tal comissão:

Art. 15 – A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

- a) emitir pareceres a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;
- b) convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas sobre a matéria, devendo determinar a imediata suspensão do anúncio;
- c) propor instauração de sindicância nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;
- d) rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive na Internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução;

e) providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias;

f) aprovar previamente o teor de *outdoors*, placas, expostas ao ar livre, ou similares.

Quanto aos trabalhos e eventos científicos, em que haja a obrigatoriedade de exposição da figura do paciente, normatizou a necessidade de prévia autorização deste. Em relação aos boletins médicos, orienta a elaboração de modo sóbrio, impessoal e verídico, sempre preservando o segredo médico. Estes boletins deverão ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor clínico.

Por fim, mas não menos importante, destacou que os “sites” de assuntos médicos deverão receber resolução específica. Entretanto, tudo o que foi apresentado nesta Resolução, em relação aos demais meios de comunicação, seria aplicável à divulgação pela rede mundial de computadores. Assim, esta utilização, embora possível, deve respeitar os princípios éticos da ciência Medicina; no caso de haver qualquer dúvida, o profissional envolvido deverá dirigir consulta específica ao CODAME do Conselho Regional em que estiver inscrito.

## **CONCLUSÃO**

A publicidade é, hoje, parte integrante do universo de todas as classes profissionais. Sem dúvida, o médico, como qualquer outro profissional, detém o direito de anunciar, mas sempre respeitando os princípios éticos, a discrição e a verdade.

Apesar de todo o avanço dos meios de comunicação, a qualidade do atendimento e um bom relacionamento médico-paciente – somados à capacitação técnica apurada e

atualizada – são, sem dúvida, os meios que mais contribuirão para que o médico alcance a satisfação profissional esperada.

Os médicos que recorrerem à mídia publicitária devem estar sujeitos aos regulamentos que norteiam a propaganda médica. Aos Conselhos de Classe, cabe atentar para o desenvolvimento de novas técnicas de comunicação, estabelecendo os limites e a forma de atuação e de divulgação pela classe médica. Enfim, a ética e a verdade devem ser os princípios a serem respeitados quando da propaganda e publicidade médicas. Cabe, ainda, ao médico, atuar como agente fiscalizador, denunciando as irregularidades, possibilitando o impedimento de outros profissionais e empresas médicas praticarem a publicidade antiética.

## **BIBLIOGRAFIA**

BARSANTI, Claudio; VÁZQUEZ, Mônica López. *Publicidade e publicações médicas*. São Paulo: Lemos Editorial.

CFM. Resolução n. 1701/2003. Texto consolidado de acordos com as retificações no Diário Oficial da União em 22.12.2003 e 13.01.2004.

CFM - DISTRITO FEDERAL. *Manual de Publicidade Médica CRM-DF*. Brasília: CODAME, 2005.

CREMESP. *Código de ética médica*. 2. ed. São Paulo, 2007.

CREMESP. *Ética em publicidade médica*. Série Cadernos do CREMESP. 2. ed. São Paulo, 2006.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

JORNAL DO CREMESP, n. 244, p. 4, jan./08.

JORNAL DO CREMESP, n. 165, p. 4, maio/01.

## **CAPÍTULO 10 - IMPRENSA – COMO LIDAR ?**

*Clóvis Francisco Constantino*

Vivemos numa época em que a comunicação e a difusão de informações assumem atribuição ímpar na história da humanidade. A sociedade está desperta para alargar, cada vez mais, sua visão e, para isso, depende em larga escala dos meios de comunicação. Estes, por conta de seu nobre mister, têm a tarefa da defesa da sociedade como um todo, ao propiciar a divulgação responsável de fatos que devem ser levados ao conhecimento público.

No que diz respeito ao médico e à imprensa, muitas vezes, tal relação pode tornar-se delicada, uma vez que, ao médico, impõem-se as máximas do sigilo e da discrição e, à imprensa, não raramente, a tônica imposta é a da exposição máxima. Tal polarização, por si, já demanda em elevado grau de cautela e discernimento.

Levando-se em conta que, para a finalidade de veiculação de assuntos da ordem da saúde, o melhor agente é o médico, sempre houve e sempre haverá a necessidade da regulação do vínculo entre o profissional da saúde e a imprensa.

O Código de Ética Médica, editado pela Resolução CFM n. 1246/88, em vários de seus artigos, deixa claros os limites dessa relação. Podemos citar:

### **Princípios fundamentais**

**Art. 2º** – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

**Art. 9º** – A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

### **Segredo médico**

**È vedado ao médico**

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

**Art. 104** – Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações legais.

#### **Publicidade e trabalhos científicos**

##### **É vedado ao médico**

**Art. 131** – Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

**Art. 132** – Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.

**Art. 133** – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

**Art. 134** – Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

**Art. 136** – Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

No sentido de conferir aspectos mais detalhados e atualizados a respeito da temática, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou em 2003 a Resolução n. 1.701, estabelecendo “critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria”, com as seguintes decisões:

**Art. 1º** – Entender-se-á por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico.

**Art. 2º** – Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

- a) Nome do profissional;
- b) Especialidade e/ou área de atuação quando devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina;
- c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina.

**Parágrafo único** – As demais indicações dos anúncios deverão se limitar ao preceituado na legislação em vigor.

**Art. 3º** – É vedado ao médico:

- a) anunciar que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade;
- b) anunciar aparelhagem de forma a que lhe atribua capacidade privilegiada;
- c) participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina;
- d) permitir que seu nome seja incluído em propaganda enganosa de qualquer natureza;
- e) permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na Internet, em matérias desprovidas de rigor científico;
- f) fazer propaganda de método ou técnica não aceitos pela comunidade científica;
- g) expor a figura de paciente seu como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com a autorização expressa deste, ressalvado o disposto no artigo 10 desta resolução;
- h) anunciar a utilização de técnicas exclusivas;
- i) oferecer seus serviços através de consórcio ou similares;
- j) garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento.

**Art. 4º** – Sempre que em dúvida, o médico deverá consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) dos Conselhos Regionais de Medicina, visando enquadrar o anúncio dentro dos dispositivos legais e éticos.

**Art. 5º** – Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outras instituições de saúde, deverá constar, sempre, o nome do diretor técnico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde.

**Art. 6º** – Nas placas internas ou externas, as indicações deverão se limitar ao previsto no artigo 2º e seu parágrafo único.

**Art. 7º** – Caso o médico não concorde com o teor das declarações a si atribuídas em matéria jornalística, as quais firmam os ditames desta Resolução, deve encaminhar ofício retificador ao órgão de imprensa que a divulgou e ao Conselho Regional de Medicina sem prejuízo de futuras apurações de responsabilidade.

**Art. 8º** – O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos.

**Art. 9º** – Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

Parágrafo 1º – Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de:

- a) angariar clientela;

- b) fazer concorrência desleal;
- c) pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- d) auferir lucros de qualquer espécie;
- e) permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

Parágrafo 2º – Entende-se por sensacionalismo:

- a) a divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal;
- b) a utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico;
- c) a adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia;
- d) a apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;
- e) a veiculação pública de informações que causem intranqüilidade à sociedade.

**Art. 10** – Nos trabalhos e eventos científicos em que a exposição de figura de paciente for imprescindível, o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal.

**Art. 11** – Quando da emissão de boletins médicos, os mesmos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico.

**Parágrafo 1º** – Os boletins médicos poderão ser divulgados através do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente.

**Parágrafo 2º** – Os boletins médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre, ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor clínico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

**Art. 12** – O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o “médico do ano”, “destaque” ou “melhor médico”.

**Art. 13** – Os sites para assuntos médicos deverão receber resolução específica.

**Art. 14** – Os Conselhos Regionais de Medicina manterão uma Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) composta, minimamente, por três membros.

**Art. 15** – A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

a) emitir pareceres a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;

b) convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas sobre a matéria, devendo determinar a imediata suspensão do anúncio;

c) propor instauração de sindicância nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;

d) rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive Internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução;

e) providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias;

f) aprovar previamente o teor de outdoors, placas expostas ao ar livre ou similares.

**Art. 16** – A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação e ficam **revogadas** todas as disposições em contrário, e especialmente a [Resolução CFM n. 1.036/80](#).

Diante de recentes investidas de financeiras, visando locupletar seus lucros, às custas do trabalho do médico, mormente relacionado à cirurgia plástica estética, o CFM editou em 2008 a Resolução n. 1.836, com a seguinte decisão: “**Art. 1º** – É vedado ao médico vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciem e/ ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos”.

Com o conjunto de regras básicas bem estabelecido, cabe ao médico não se deixar seduzir por convites que, a princípio, podem lhe parecer abonadores, posto que divulgam sua imagem, mas dependendo do veículo e do teor da matéria, em nada mais resultam além de maculá-la, juntamente com o prestígio da Medicina.

Existe no Brasil uma legislação federal, há quase um século, norteando a postura dos médicos e a imprensa; cito o decreto n. 20.931 de 1932 e o Decreto-Lei n. 4.113 de 1942. Portanto, não é de hoje que se debate esse assunto.

O médico, cujo exercício profissional tem uma história de 2500 anos de evolução, não só do ponto de vista técnico, como também ético, tem o dever de ser absolutamente franco e transparente com a mídia, quando convocado por ela, deixando claros quais são os limites éticos de sua participação; é necessário que fique bem evidente que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, respeitando a privacidade dos pacientes, a confidencialidade dos dados que mantém em seu poder, observando a máxima de que seu pronunciamento deve levar educação relativa à saúde, à comunidade como um todo.

A autopromoção e o uso do sensacionalismo, práticas que denotam falta de zelo para com o prestígio da profissão milenar, são severamente fiscalizadas pelos Conselhos de Medicina, pois o objetivo é limitar as aventuras com a saúde da sociedade, protegendo-a, e, ao mesmo tempo, permitir aos médicos – que na sua maioria trabalham de forma séria e sistematizada, com base em evidências científicas e com o amparo de sua vocação ética – a possibilidade de transmitir o seu conhecimento, sem qualquer deslize.

## **BIBLIOGRAFIA**

*Ética em publicidade médica*. 2. ed. CODAME – CREMESP, 2006.

RESOLUÇÃO CFM n. 1.246/1988. Código de Ética Médica. CFM – Brasil.

RESOLUÇÃO CFM n. 1.701/2003. DOU n. 187, 26.09.2003. Seção 1, p.171-2.

RESOLUÇÃO CFM n. 1.836/2008. DOU, Poder Executivo, Brasília-DF.

## **CAPÍTULO 11 - DIREITO MÉDICO: ASPECTOS ÉTICOS**

*Claudio Barsanti*

*Mônica López Vázquez*

O Código de Ética Médica (CEM) enumera uma série de normas de conduta a serem seguidas, obrigatoriamente, pelos profissionais médicos. Cabe ao Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelecê-lo e alterá-lo, em acordo aos constantes avanços da ciência Medicina. Há alguns poucos anos, a clonagem só fazia parte das histórias de ficção. Hoje, é uma realidade! Lógico concluir pela necessidade de uma pronta e rápida atualização do Código que rege as normas médicas, visto que, tal assunto, a clonagem, como outros referentes à saúde, são questões de interesse de toda a humanidade. Essa possibilidade de mudança está prevista no atual CEM, aprovado pela Resolução do CFM, n. 1.246/ 88, de 08/01/1988. Destaca-se que, já está em curso, uma revisão do atual Código, que deverá ser apresentada aos profissionais médicos em tempo não muito longo.

Ao contrário do que ocorre quando da condenação criminal, a sanção do médico, por infração às normas éticas, não implica, automaticamente, à reparação civil e, nem mesmo, que o médico infrator venha a ser incurso em algum delito penal. Será necessária, no processo cível, a comprovação de dano físico ou moral do paciente, dano este, obrigatoriamente, decorrente da ação ou omissão do profissional envolvido. Por sua vez, a ação penal pública dependerá da tipicidade do fato, referente a algum delito.

O atual Código de Ética Médica dispõe de 145 artigos distribuídos por 14 capítulos. Apesar da importância de todos os artigos e da imperiosidade de que todos os médicos os conheçam e, adequadamente, os interprete, optamos, na elaboração deste texto, pela seleção e discussão de alguns deles.

Assim, temos, em seu Preâmbulo: “... III – Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal”...

Caso o formando não realize tal inscrição, não estará apto ao exercício da profissão, incorrendo, se da prática de atos médicos, em exercício ilegal da Medicina, sujeito às sanções previstas neste Código e no Código Penal (CP). Neste diapasão, cabe destacar que os médicos aprovados em concursos de Residência Médica, para realizarem o seu estágio em Estado diferente de sua formação, devem proceder à solicitação de inscrição no Conselho Regional, correspondente ao da localização de sua atividade, para poderem exercer a sua função.

O aludido Código continua por apresentar:

**Art. 1º** – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”

(...)

**Art 7º** – O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”...

Se, por um lado, existe a obrigação (ética, legal e humana) de que não haja qualquer tipo de discriminação por parte do profissional médico, no sétimo artigo, estampa-se a total autonomia do próprio, quanto à sua atividade laboral, visto que, não existe a obrigação de o profissional atender um paciente, quando assim não o desejar, excetuados, logicamente, os casos de urgência ou emergência médicas e de risco de morte, em que o não atendimento constitui-se em omissão de socorro, crime tipificado em nosso CP.

Continua:

**Art. 11** – O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

É vedado ao médico:

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

**Parágrafo único:** Permanece essa proibição:

- a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
- b) Quando do depoimento como testemunha. Nessa hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

**Art.103** – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Nestes artigos, se cristaliza a obrigação do médico de respeitar o segredo profissional. Cabe destacar que a quebra do sigilo profissional, na atividade médica, pode ser questionado, não só na esfera ética, como também na criminal, já que se caracteriza por crime delineado no CP. Entretanto, o dever de sigilo profissional não é absoluto. Existem exceções declaradas na lei, que se impõem pela necessidade de defesa de interesses mais relevantes. Isto é, há deveres jurídicos que se suplantam ao dever de sigilo e, nestes casos, a violação deste se funda em Justa Causa ou no Dever Legal do profissional (descritos no artigo 102 do CEM), ou ainda, quando autorizado pelo paciente.

Na prática pediátrica, este assunto – segredo médico – traz novas dificuldades. Temos no CEM, em seu artigo 103, que o médico não pode revelar segredo profissional de paciente menor, nem aos pais e responsáveis, quando tal menor for capaz de avaliar e

conduzir-se por seus próprios meios na solução dos problemas referentes à sua saúde. Muitos dos profissionais da especialidade concordam com o descrito e, assim, atuam, no acompanhamento de seus pacientes. Entretanto, discorre Jurandir Sebastião:

No tocante à menoridade ou à incapacidade (já que o art.103 do CEM usa a expressão menor de idade), é oportuno registrar que pela lei civil (arts. 5<sup>o</sup> *usque* 9<sup>o</sup>, do CC), as pessoa naturais se classificam em capazes e incapazes. Capazes são as pessoas maiores de 21 anos de idade, que não tenham contra si restrição legal, de ordem psíquica. Absolutamente incapazes são os menores de 16 anos de idade e outros (esses “outros”, discriminados no art. 5<sup>o</sup> do Código Civil, não interessam ao presente trabalho). Já os maiores de 16 anos de idade, mas que não atingiram 21 anos, são tidos como relativamente capazes à prática de certos atos da vida civil.

Portanto, considerando que as normas do CEM não podem contrariar as leis, quando o médico cuida de paciente com idade inferior a 16 anos, não há porque se cogitar da aplicação do art. 103 do CEM. A comunicação do fato aos pais e responsáveis é dever do médico, sob pena de ficar sujeito à reparação judicial, se dano ocorrer, pela ação ou omissão na postura médica adotada de sigilo. (...)

... Em resumo, a aplicação do art.103 o CEM só diz respeito aos maiores de 16 anos, dentro do critério profissional acima registrado, ou seja, certeza de que o menor tem condições de resolver sozinho seu problema, sem qualquer dano a sua própria pessoa.

Embora se entenda a análise jurídica do autor, se acredita que o CEM não tenha desejado tamanho rigor legal no artigo 103, no tocante às palavras “menor de idade” e “capaz”. Deve ter desejado, sim, que em cada uma das hipóteses, o bom senso do profissional envolvido recomendasse a postura ética própria, com vistas à regra geral do sigilo e à vida e saúde do paciente. Assim, se o profissional se convencer de que a doença –

ou assunto discutido – possa ser resolvida, de maneira correta pelo próprio paciente, deveria preservar o sigilo. Entretanto, em caso de qualquer dúvida, deveria comunicar o fato aos pais ou responsáveis.

Contudo, deve-se alertar que, se a conduta médica adotada, ancorada ao sigilo médico, vier a acarretar danos, materiais ou morais ao menor, seus pais ou responsáveis poderão pleitear, em juízo, o ressarcimento de tais danos por parte do médico.

Por fim, a omissão de socorro, embora se constitua em crime comum a todos e não próprio do médico, é tratado no CEM, em seus artigos 35 e 58:

**É vedado ao médico:**

... **Art. 35** – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

... **Art. 58** – Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico em condições de fazê-lo.

Qualquer cidadão imputável tem o dever legal de prestar assistência à pessoa necessitada, dever este de solidariedade humana. Assim, em não havendo risco pessoal ao socorrente, o cidadão está obrigado a prestar atendimento ao ferido. Quanto ao profissional médico, se exige que a assistência seja efetiva e eficiente, em acordo ao possível e necessário. Contudo, caso seja impossível a prestação da assistência necessária, o profissional deverá encaminhar o paciente, após os cuidados emergenciais, não sendo configurada, nesses casos, a omissão de socorro.

## **CONCLUSÃO**

Como já descrito no início deste capítulo, é dever ético que o médico conheça o CEM e o respeite em todos os seus artigos. Ao apresentar alguns pontos do Código, não se desejou atribuir uma maior importância aos temas discutidos. Apenas se destacou assuntos que estão, frequentemente, presentes na atividade laboral diária do pediatra e que não podem suscitar qualquer tipo de dúvida, para que não se apresentem prejuízos ao médico e, muito menos, a seus pacientes.

O respeito aos preceitos éticos se apresenta não só como um dever, mas, principalmente, como um direito dos médicos que, atuando em conformidade com os pilares da ética, constroem uma Medicina digna a todos os seus pacientes.

## **DIREITO MÉDICO: ASPECTOS CIVIS**

*Claudio Barsanti*

*Mônica López Vázquez*

Infelizmente, a prática médica tem sido questionada, cada vez mais, em sede da Justiça Cível, objetivando-se a compensação pecuniária de um suposto dano, decorrente de uma alegada atuação profissional inadequada por parte do médico atendente. Esta realidade, também, se apresenta na Pediatria.

Não que os profissionais médicos devessem ser imunes aos processos jurídicos. Entretanto, alguns subsídios jurídicos (Assistência Judiciária Gratuita, hipossuficiência do doente na relação médico-paciente, dentre outros) têm sido utilizados, em larga escala, nas ações contrárias a médicos, dificultando suas defesas e lhes impingindo custos e gastos que, mesmo se vencedores em suas defesas, nunca mais lhes serão devolvidos. Acrescenta-se

aos custos econômicos, os custos psicológicos e físicos que se abatem sobre os profissionais processados que, não raramente, por muitos anos, sofrerão com o percurso jurídico de seus processos.

O saber da possibilidade de ser processado deve estar presente. Não que o médico deva atuar como se, em cada atendimento, tivesse à sua frente um potencial inimigo. Deve o profissional atuar com o máximo de zelo e atenção, mantendo-se atento em realizar uma adequada relação médico-paciente e informando sobre todos os dados, que lhe estejam presentes, frente à patologia suportada pelo paciente. Com esta forma de atuação, o pediatra, em sua atividade diária, reduzirá, em grande percentual, a possibilidade de sofrer demandas.

Imperativo, entretanto, nos dias de hoje, que o profissional de saúde tenha conhecimento de algumas definições e implicações jurídicas, para que busque, na prevenção, a proteção de sua atividade.

## **RESPONSABILIDADE SUBJETIVA; RESPONSABILIDADE OBJETIVA**

A responsabilidade subjetiva é a dependente do comportamento do sujeito, tendo por fundamento a ação ou omissão culposa do agente. Assim, não basta, para que se estabeleça a obrigação de indenizar, a existência do dano e do nexo causal. É condição *sine qua non* que se comprove a culpa ou dolo do agente ofensor. Esta é a responsabilidade que está relacionada à atividade liberal, onde se situa, via de regra, a atividade do médico.

A responsabilidade objetiva, ao contrário, prescinde da culpa. Torna-se necessário, ao que se julga ofendido (paciente), apenas demonstrar a existência do dano e o liame causal entre a atividade do suposto agressor e a ofensa sofrida. Ou como nos explica Sebastião Jurandir:

Em se tratando de culpa objetiva, ao interessado na reparação cumpre provar apenas o dano, o nexo causal e que não agiu com culpa própria. Não se trata, evidentemente, de prova negativa, mas sim de prova positiva de conduta própria regular. Nessa modalidade (culpa objetiva), o credor da indenização não precisa provar a intenção do agente direto e do indireto. Para os efeitos civis, pouco importa se esses agentes (direto ou indireto) queriam ou não o resultado danoso. Essa distinção só interessa ao Direito Penal, para os efeitos de classificar o crime e aplicar a pena correspondente. No juízo cível, para a reparação material (nos casos de culpa objetiva) a vítima não precisa provar a imperícia, ou a negligência ou a imprudência, porque o responsável indireto tinha o dever de evitar, por antecipação e o quanto necessário, o resultado lesivo. Assenta-se ela na presunção *juris tantum* de que o dano derivou de descaso (pouca ou nenhuma objetividade) de quem tinha o dever legal de cautela, em razão de sua própria natureza (instituição privada ou órgão estatal), em situação de fato onde a vítima, via de regra, não tinha como agir diferentemente ...

Na ordem prática, a distinção doutrinária de modalidade de culpa destina-se à distribuição do ônus probante processual. Quando de culpa subjetiva, a prova é de quem alega; nos casos de culpa objetiva, a prova cabe a quem se defende, ou seja, o réu deverá comprovar que o dano resultou de culpa da própria vítima.

## **OBRIGAÇÃO DE MEIO; OBRIGAÇÃO DE RESULTADO**

Quando se assume uma obrigação frente a outra parte, podem, os dois lados, estipular que o pacto dar-se-á por realizado, caso um dos contratantes cumpra esse pacto, do modo estipulado, sem que seja necessária a obtenção de um resultado específico, preestabelecido. Este fazer se configura em uma obrigação de meio, isto é, o pactuante que

o assume deve se empenhar na obtenção do fim colimado contratualmente, sem, entretanto, “vendê-lo” como certo. Essa é a obrigação presente na atividade pediátrica.

Não poderia ser diferente! Como um médico pediatra pode, com certeza, afirmar qual será a evolução de um determinado paciente frente a uma dada patologia? O pediatra, ao atender uma criança com pneumonia, deverá ter em mente os principais agentes etiológicos envolvidos, por conseguinte, qual a conduta mais adequada em relação às drogas, à necessidade de exames, de internação e tantos outros itens. Contudo, como poderá tal profissional afirmar, inequivocamente, sobre a evolução da moléstia? Todos sabemos que a evolução de uma doença está diretamente ligada a fatores pessoais, individuais de cada paciente e, também, à virulência do agente causador. Assim, essa mesma doença (pneumonia, por exemplo) poderá evoluir de maneira totalmente diferente, quando consideradas crianças distintas ou agentes causadores distintos. Essas diferenças na evolução não se devem, necessariamente, a erros de conduta, de diagnóstico ou de terapêutica, mas, são inerentes à raça humana e, portanto, não podem ser atribuídas à falha ou erro médico.

A obrigação de resultado, entretanto, é inerente ao fim estabelecido. Assim, o devedor só se desincumbe de sua obrigação quando atingir o pacto estipulado, sendo responsável por arcar com as consequências, caso não o atinja. Segundo Cahali: “Obrigação de resultado é aquela onde o devedor obriga-se a chegar a determinado fim, sem o qual não terá cumprido os seus deveres, caso em que estará obrigado a responder pelas consequências”.

Na Medicina, a cirurgia plástica estética caracteriza-se como uma exceção à obrigação de meio. O médico, neste caso, se compromete a atingir um determinado fim e,

caso não o atinja, poderá vir a ser questionado judicialmente por quem se achar prejudicado. Posição semelhante enfrentada pela medicina diagnóstica e de imagens.

A consequência prática da distinção entre obrigações de meio e obrigações de resultado diz respeito, principalmente, a quem caberá o ônus da prova. Logo, quando de meio, caberá ao paciente a comprovação do que alega; se de resultado, como há uma presunção de culpa do profissional envolvido, caberá a este as provas que o inocentem.

### **INDENIZAÇÃO MATERIAL; INDENIZAÇÃO MORAL; INDENIZAÇÃO ESTÉTICA**

A indenização material é a que corresponde à reposição do *quantum* perdido pela vítima, ou por seus responsáveis, compreendido, aqui, não só os gastos advindos, como também o valor correspondente aos lucros cessantes. O montante a ser pago dependerá de provas apresentadas pelo credor – desde recibos e faturas, até provas testemunhais que poderão atestar os gastos referidos. Quanto aos lucros cessantes, só se referem às perdas já ocorridas, isto é, perspectivas de ganhos futuros ou lucro potencial não são contemplados. Entretanto, quando de lesão irreversível, ou de morte, poderão ser requeridas as quantias que serão perdidas, por todo o período de vida presumida. No caso dos atendimentos de crianças e de adolescentes, esta última possibilidade, da alegada diminuição de ganhos dos pacientes em futuras atividades laborais, pode ser questionada e, caso se mostre vencedora, trazer elevado custo ao profissional envolvido.

A indenização moral teria como objetivos amenizar a dor do ofendido, por uma recompensa monetária, e punir o agente causador do fato, para educá-lo e, assim, tentar impedir que venha a cometer, novamente, o mesmo erro. Serviria, também, como exemplo a outros, para que não cometam o mesmo dano. O valor a ser estipulado deverá considerar

vários aspectos, como os níveis socioeconômicos do paciente e do médico, a existência de dolo, o grau de culpa do profissional, dentre outros. Contudo, não poderá, a indenização moral, ser causa de enriquecimento do primeiro, nem mesmo de ruína do médico.

A indenização por dano estético é uma modalidade que tem se apresentado mais frequentemente nas demandas judiciais, atualmente. Enquanto alguns julgadores entendam que o dano estético deva ser “recompensado”, outros creem que a dor decorrente da seqüela física, com repercussão na beleza do indivíduo, deva ser sede de questionamento na esfera moral, não cabendo a sobreposição das indenizações.

## **SOLIDARIEDADE**

Há a possibilidade da co-responsabilidade civil, ou seja, mais de uma pessoa (física ou jurídica) situar-se no polo passivo, dividindo a responsabilidade final de indenização. Este instituto pode envolver, simultaneamente, médicos, hospitais, empresas de medicina de grupo, cooperativas, seguradoras e outras assemelhadas. As partes se tornam solidárias com a conduta médica praticada, passando a ter obrigação. Esse dever não decorre do ato médico em si, mas da culpa da entidade envolvida, seja por que lhe seja atribuída uma má escolha do profissional que teria prestado um serviço inadequado (culpa *in elegendo*), seja por uma possível omissão no dever de fiscalizar sua atuação (culpa *in vigilando*).

## **CONCLUSÃO**

Na Medicina, a grande especialização e, nos dias de hoje, a subespecialização, permitiram o conhecimento de inúmeros detalhes sobre a fisiologia e a fisiopatologia do corpo humano e de suas doenças. Alguns profissionais dirigiram-se ao tratamento de sintomas e de órgãos acometidos, esquecendo-se da totalidade e indivisibilidade do ser

humano. Por outro lado, a “publicidade” dos casos de erro médico, antes de sua devida apuração, além da inexistência de legislação própria para tratar dos assuntos médicos, dentre outros inúmeros fatores, tem contribuído para um incremento nas demandas contra médicos.

Uma nova e adequada legislação, o rigor com a devida publicidade dos casos comprovados e de suas sanções, por parte dos Conselhos de Classe e dos juízes envolvidos, e a participação de profissionais que compreendam as duas áreas abrangidas – Medicina e Direito – com certeza trará maior consciência e correição nos casos apurados, ocorrendo, conseqüentemente, uma diminuição no número de ações.

Manter vivos os verdadeiros princípios da Medicina e da Pediatria, melhorar as condições de saúde dos pacientes, corrigir os erros na formação acadêmica e na residência médica, por meio de uma avaliação constante dos centros formadores, mostra-se premente e fundamental e depende de todos nós.

## **DIREITO MÉDICO: ASPECTOS PENAIS**

O Direito Penal define quais são as condutas consideradas criminosas, além de estabelecer penas e medidas de segurança. Durante a atividade médica, atos danosos podem ser considerados como infração ao Código Penal (CP) e, portanto, desencadear a abertura de Processo Penal contra o seu autor.

Temos, no CP:

Art 18. Diz-se o crime:

**Crime doloso**

I – doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;

**Crime culposo**

II – culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

**Parágrafo único.** Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente.

Na esfera criminal, podemos, portanto, falar em culpa *strictu sensu* e dolo. Na modalidade de culpa, o agente não desejou o resultado danoso, porém, este foi atingido devido a uma ação sua, ou omissão, caracterizada por imprudência (ação sem a observação de todos os cuidados necessários à situação), imperícia (falta de capacidade, técnica ou teórica, no desempenho da função) ou negligência (falta de ação, ação omissiva). No dolo, o agente desejou o resultado ou, ao menos, assumiu os riscos de sua produção.

Quanto invocado, o erro médico, em sua grande maioria, caracteriza-se por uma conduta culposa do profissional envolvido. Não há, na quase totalidade dos casos, a intenção de produzir o dano ao paciente.

Quanto aos aspectos penais, existem crimes que podem ser cometidos por qualquer pessoa – caso do crime de omissão de socorro (artigo 135 do CP), que pode ser praticado por médicos e não médicos. Existem outros delitos tipificados em nosso CP, que só podem ser cometidos por profissionais médicos, no exercício de sua profissão. Correspondem aos chamados **crimes próprios**. Assim é o delito transcrito no artigo 269 do CP, que prevê pena de detenção e multa ao médico que deixar “de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória”. Além das sanções atribuídas ao profissional na esfera

criminal, neste exemplo, o profissional infringe, também, o Código de Ética Médica (CEM), devendo responder à inobservância das regras, também na esfera administrativa. Outros exemplos são os crimes tipificados nos artigos 154 (violação de segredo profissional) e 302 (falsidade de atestado médico).

Quando a conduta do médico, em relação ao paciente, caracterizar um fato previsto na legislação penal como crime, instaura-se um procedimento investigatório, quando se colherão as provas e evidências, a fim de se comprovar a autoria e a materialidade dos fatos. Caso o médico seja processado e condenado penalmente, esta decisão, se presente a pretensão indenizatória da vítima, acarretará a responsabilidade pela compensação na esfera cível, visto que, quando as questões relativas à existência do fato ou sua autoria forem decididas no âmbito criminal, não poderão mais ser questionadas na esfera cível.

Também o contrário, isto é, a absolvição do médico investigado penalmente pode, em algumas situações, obstar a pretensão indenizatória do paciente ou de seus responsáveis, como nos declaram Fróes e cols:

A absolvição no processo criminal influi, ainda, diretamente na ação cível nos casos em que o juiz fundamentar a sentença afirmando que o agente praticou o ato em estado de necessidade, legítima defesa, estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular de direito, conforme artigo 65 do Código de Processo Penal Brasileiro.

Cumprе ressaltar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) traz, dentre seus vários artigos, obrigações legais que devem ser respeitadas por todos e, especialmente, pelo pediatra, quando do atendimento de seus pacientes. Qualquer infração a este diploma legal, que leve dano às crianças e adolescentes por ele atendidas, pode ensejar um processo penal, culminando, como há pouco explicado, não só com sua condenação penal, como

também com uma subsequente condenação cível com a estipulação do devido *quantum* indenizatório.

Muitas vezes, o pediatra se depara com novas situações no seu campo de atuação. O bom profissional realiza o primeiro atendimento, amparando-se em experiências anteriores e, por analogia, atua para enfrentar o mal que se apresenta.

Entretanto, muitos médicos desconhecem as imposições legais que se fazem presentes em sua atividade laboral diária. Desconhecem alguns deveres – e até direitos – que podem conduzi-los a erros que, por sua vez, poderão provocar sanções futuras. O pediatra deve ter conhecimento, por exemplo, de que a simples suspeita que seu paciente esteja sofrendo qualquer tipo de maus-tratos deve ser imediatamente notificada, prestando-se o atendimento com o intuito de aquele frágil e indefeso ser. Se não assim atuar, poderá responder por infração ao ECA e até ao CP, recebendo graves sanções.

Assim, conhecer as imposições legais de sua atividade, atuando de maneira adequada e diligente, isto é, se utilizando do saber ético e técnico-profissional, em benefício de seu paciente, é obrigação do bom profissional. Dessa forma, e relevando ao mais alto posto a relação médico-paciente, com certeza serão diminuídos os riscos de uma demanda contrária e, caso o pediatra seja questionado, poderá demonstrar a ausência de prática delituosa ou de qualquer erro de conduta, impedindo a ocorrência de uma sanção.

### **FUI PROCESSADO: O QUE DEVO FAZER?**

A vida em sociedade é resultado do cumprimento de diversas normas de conduta. Essas normas derivam dos usos e dos costumes sedimentados ao longo do tempo e as mais importantes transformam-se em leis escritas. Essas normas são impostas coercitivamente. Quando maior for o desenvolvimento da sociedade, mais complexo será o corpo de leis.

Por outro lado, maior será o grau de solidariedade ativa, com a consciência de socorrer para ser socorrido.

Não existe, provavelmente, profissão mais regulamentada do que a Medicina. A prática médica pode ser analisada sob o aspecto jurídico e a possibilidade de que um médico, em suas diversas especialidades, venha a sofrer uma demanda jurídica contrária a ele próprio vem aumentando dia a dia.

O primeiro – e fundamental – passo é o médico entender que a proposição de uma ação que lhe seja contrária é possível e legalmente amparada. O direito de petição se caracteriza como um direito constitucional de todos os cidadãos de nosso país e permite, a qualquer indivíduo que crê ter sofrido um dano, a postulação dos supostos direitos violados e sua subsequente reparação. Obviamente, o peticionário será o responsável pela ação que propuser.

Outro fator importante é destacar que o médico pode, no exercício de suas funções, ser questionado nas esferas administrativa e ética, cível e criminal. As demandas podem ser propostas isoladamente ou, à escolha do postulante, em mais de uma esfera. Não necessariamente, as decisões de cada uma das diferentes instâncias obrigam definições que converjam para a mesma direção. Uma possibilidade que obriga decisão em concordância com a sentença emanada se dá quando do trânsito em julgado de decisão penal, que ratifica a autoria e ação do agente em produzir um determinado crime. Neste caso, considerado culpado na esfera criminal, ao acusado, se processado na esfera cível, só caberá o questionamento do *quantum* indenizatório, não lhe sendo possível contrariar o que já foi definitivamente julgado na primeira esfera.

Alguns pontos devem ser considerados quando do conhecimento da existência de processo contra si. Assim, esquematicamente, destaca-se:

1. Ao receber uma notificação, citação ou intimação não se desespere;
2. Procure por patrono que detenha experiência na área de Direito Médico. Pergunte a outros médicos, que você tenha convívio, se eles conhecem e podem indicar algum profissional;
3. Não apresente qualquer manifestação, por escrito, a qualquer órgão, antes de entender, em sua íntegra, o motivo da denúncia;
4. Não existe a obrigatoriedade de participação de advogado quando de defesas no CRM e CFM. Contudo, se detiver qualquer dúvida, ou não se sentir emocionalmente capaz de se manifestar, procure, ao menos, uma orientação jurídica inicial, antes de sua manifestação;
5. Nas esferas criminal e cível, normalmente, a parte deve ser representada por advogado devidamente habilitado, não podendo, pessoalmente, se defender da ação;
6. Não se considere um “criminoso”. Todos estão sujeitos a serem processados;
7. Não se imagine já como culpado, quando de ciência da existência de processo. Existirá todo um processo, com o devido rigor legal, lhe sendo permitidos a ampla defesa e o contraditório.
8. Ao contratar o advogado, obrigue a feitura de contrato de prestação de serviços e discuta as cláusulas que tiver dúvida, solicitando as modificações que entender necessárias;
9. Após a contratação, confie no profissional escolhido e, na medida do possível, diminua a sua carga de estresse;

10. Solicite para que o advogado lhe mantenha informado sobre a sequência processual, entretanto, não atrapalhe a sua atuação profissional devido à existência do processo.

#### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

DELMANTO, C. e cols. *Código Penal comentado*. 6. ed. São Paulo: Editora Renovar, 2002.

HÉRCULES, H.C. Erro médico: a visão do médico legista. *Na. Acad. Nac. Med.*, 1996; 156(4):214-7.

JESUS, D.E. *Código Penal anotado*. 7. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1997.

LEAL, J.J. Exercício da medicina e responsabilidade criminal. *Bioética*, 1994;2(2).

MENDES, N.F. Responsabilidade ética, civil e penal do médico. 1. ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2006.

MORAES, N.C. Erro médico aspectos jurídicos. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, 1996;11(2):55-9.

ZAMPIERI JR, S.; MOREIRA, A. Erro médico. Semiologia e implicações legais. *JBM* 1995;69(1):116-20.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM n. 1246/88 de 8/1/88.

FRÓES, O. Do direito médico. In: *Estratégias terapêuticas em Otoneurologia*. São Paulo: Atheneu, 2001.

JURANDIR, S. *Responsabilidade médica, civil, criminal e ética*. 7. ed. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 1998.

KFOURI NETO, M. *Responsabilidade civil do médico*. Editora Revista dos Tribunais. 6. ed. São Paulo, 2007.

- LEONE, C. A criança, o adolescente e a autonomia. *Bioética* 6. 51-4, 1998.
- MENDES, N.F. *Responsabilidade ética, civil e penal do médico*. 1. ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2006.
- CAHALI, Y.S. *Responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Editora Saraiva, 1984.
- DINIZ, M.H. *O estado atual do biodireito*. 2. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.
- JURANDIR, S. *Responsabilidade médica, civil, criminal e ética*. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 1998.
- KFOURI NETO, M. *Culpa médica e ônus da Prova: presunções, perda de uma chance, cargas probatórias dinâmicas*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.
- Responsabilidade civil do médico*. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1998.
- Responsabilidade civil do médico*. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.
- MENDES, N.F. *Responsabilidade ética, civil e penal do médico*. 1. ed., São Paulo: Editora Sarvier, 2006.
- ZAMPIERI JR, S.; MOREIRA, A. *Erro médico: Semiologia e implicações legais*. JBM 1995;69(1):116-20.



## **CAPÍTULO 12 - DIREITOS AUTORAIS EM PUBLICAÇÕES MÉDICAS**

*Mônica López Vázquez*

Ao se estudar a normatização de atividades humanas, sobre os mais diversos assuntos, inúmeras leis são encontradas. Contudo, pouco se discute sobre as questões éticas que permeiam a vida das pessoas e que dão o alicerce para a formação da lei. As questões éticas são questões de consciência. As leis prestam-se a normatizar, coercitivamente, atitudes que são repudiadas pela sociedade. A lei passa a ser a necessidade concreta de regulamentação de comportamentos segundo valores.

Sobre os direitos autorais, houve, igualmente, a necessidade de normas que dirigissem as condutas dos indivíduos. As leis aplicadas aos casos de publicações médicas são as mesmas que normatizam as atividades de todos os indivíduos do País, exceto o Código de Ética Médica que é aplicado, exclusivamente, ao médico.

Em Direito, o mesmo fato pode ser julgado em três esferas diferentes, a saber: penal, cível e administrativo. Na legislação Pátria foi dada grande relevância ao tema, colocando-se o direito autoral como parte dos direitos da personalidade humana, irrenunciáveis, posto que são a própria essência do indivíduo. Vários são os direitos da personalidade, tais como, a vida, a integridade, a honra e, entre outros, o direito moral do autor de obra. Este preâmbulo é essencial porque uma obra, além de gerar efeitos patrimoniais, produz também efeitos morais.

O titular dos direitos morais e patrimoniais sobre a obra é o autor. Destas duas vertentes, os direitos patrimoniais compreendem a possibilidade de uso, fruição, disposição da obra, bem como desde que autorizada, da exploração por terceiros. Já os direitos morais são inalienáveis e irrenunciáveis, ou seja, caracterizam a sua natureza, personalíssima, que

se integra ao autor e deste não pode se destacar. Por meio da obra, o autor se expressa de forma particular, aflorando e exibindo a sua própria personalidade. Portanto, a obra é expressão direta do espírito do autor.

A legislação brasileira protegeu estes direitos. O médico, que produz cientificamente, cabe conhecer o tema, pois ao publicar, deve estar atento à lei, posto que infringi-la pode causar sérios problemas.

A lei maior de nosso país, e que subordina todas as outras, é a Constituição Federal. Nesta, há clara menção aos direitos autorais no artigo 5º. Neste artigo, no inciso XXVII, está contido o “Princípio da exclusividade do direito autoral”. Diz o referido inciso do artigo 5º: “XXVII - aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar;”

Desta forma, a Constituição Federal protegeu o autor e sua obra. Mas, a forma como este dispositivo seria cumprido não está contemplada nesta Lei magna. Surge então a necessidade de legislação complementar. Abaixo da Constituição Federal situam-se as leis infraconstitucionais, que devem sempre se sintonizar com a maior. No caso dos direitos autorais, há um verdadeiro sistema de leis para contemplam as normas de natureza civil e penal, regulamentando os direitos garantidos na Constituição.

## **ESFERA PENAL**

Sob o aspecto penal, há previsão legal da penalidade a ser imposta se houver violação dos direitos do autor. Consta do Código Penal vigente:

**Art. 184** – Violar direitos de autor e os que lhe são conexos.

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa

§ 1º – Se a violação consistir em reprodução total ou parcial, com intuito de lucro direto ou indireto, por qualquer meio ou processo, de obra intelectual, interpretação, execução ou fonograma, sem a autorização expressa do autor, do artista intérprete ou executante, do produtor, conforme o caso, ou de quem os represente.

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa (...)

A conduta a ser penalizada é a violação de direito autoral e os que são conexos. Mas, no Código Penal, não existe a definição de direito autoral, o que será encontrado apenas na lei específica que será exposta adiante. Ao se observar o primeiro parágrafo, verifica-se o aumento da penalidade quando houver violação de direito autoral com a intenção de lucro. Assim, se um médico, além de plagiar a obra de outrem, também auferir lucros, como em casos de publicações que são postas ao comércio, a penalidade prevista é maior.

## **ESFERA CÍVEL**

No campo do Direito Civil, a normatização é encontrada no Código Civil e na lei n. 9.610/98.

Sendo o direito autoral de cunho material, pode-se invocar o Código Civil para buscar a sua proteção. Em especial, o artigo 524 deste Código estabelece que “a lei assegura ao proprietário o direito de usar, gozar e dispor de seus bens, e de reavê-los do poder de quem quer que, injustamente, os possua”.

Como é forma complexa de propriedade existe controvérsia, na doutrina, sobre como seria a melhor forma de classificar este tipo de propriedade e, por este motivo, pode-se encontrar denominação diversa entre os autores, tais como, direito autoral, direito intelectual ou propriedade imaterial.

## **LEI n. 9610/98**

A legislação específica que trata dos direitos autorais no campo cível é a lei n. 9.610/98, também conhecida como Lei dos Direitos Autorais. Sobre a origem e o momento de início do direito autoral, este reconhecido como do autor, desde o momento imediato de sua manifestação, independente de qualquer formalidade. Não se exige o registro específico, pois seria prejuízo ao autor a preocupação com formalidades.

Sobre o objeto da lei, as obras intelectuais protegidas são as definidas no artigo 7º.

**Art. 7º** – São obras intelectuais protegidas as criações do espírito, expressas por qualquer meio ou fixadas em qualquer suporte, tangível ou intangível, conhecido ou que se invente no futuro, tais como:

- I – os textos de obras literárias, artísticas ou científicas;
- II – as conferências, alocuções, sermões e outras obras da mesma natureza; (...)
- VII – as obras fotográficas e as produzidas por qualquer processo análogo ao da fotografia;
- VIII – as obras de desenho, pintura, gravura, escultura, litografia e arte cinética;
- IX – as ilustrações, cartas geográficas e outras obras da mesma natureza;

De acordo com a lei, a normatização vale para todas as criações do espírito do autor, expressas de qualquer forma que já existem ou venham a existir. Apesar dos textos escritos serem os mais rapidamente lembrados como protegidos por direitos autorais, há outras formas de expressão do autor que também o são. Desta forma, vale lembrar das conferências. Quando uma pessoa profere uma palestra, incorpora na sua fala palavras de tal forma combinadas que passam a ter as características de quem as emitiu. São assim protegidas por lei.

Igualmente, a lei protege o autor de imagens, sejam fotografias, ilustrações ou desenhos. Ressalta-se a necessidade de autorização expressa do autor, quando estas formas forem utilizadas em publicações. Ou seja, quando da elaboração de tese, aula, trabalho científico para publicação em revista, dentre outros, o médico deverá lembrar-se que a

utilização indevida de imagens poderá causar transtornos. Para evitar problemas, deve-se solicitar a expressa autorização ao autor ou não utilizar as imagens. O uso indevido de imagens é prática relativamente comum no meio médico, mas deve ser alertado ao médico que esta é uma prática ilícita.

A lei também tratou de proteger quem adquire o conhecimento e deste quer utilizar-se, ao listar, também, o que não é considerado direito autoral. Não são protegidos pela lei: ideias, procedimentos normativos, regras, aproveitamento das ideias contidas nas obras etc. Felizmente a lei excluiu essas situações da proteção legal. Portanto, ao se ler em obra o medicamento a ser aplicado e sua posologia e, depois utilizar-se dessa ideia, na prática, não é violação ao direito autoral, ainda que o autor indique um esquema novo de utilização do medicamento e lhe atribua seu nome.

Da mesma forma, para que a obra seja protegida, é necessário que seja exteriorizada, ou seja, sai do mundo interior das ideias do autor para concretizar-se por meio da sua expressão. Apenas o que é revelado ao mundo exterior pode ser protegido. As ideias, quando não reveladas, não podem ser protegidas.

Quanto à natureza do direito autoral, e em conformidade com a Lei dos Direitos Autorais, suas características são mistas, de natureza patrimonial e moral. Este último remete à relação do autor com sua obra, podendo o autor defender a sua criação como atributo de sua personalidade que é revelada ao meio. A obra traz em seu bojo o modo de ser do autor, ainda que seja extremamente técnica, pois o modo como a matéria foi enfocada revela características do autor. E, por apresentar este traço íntimo do autor, é que existe a parcela moral dos direitos autorais.

Os direitos morais sobre a obra decorrem do vínculo pessoal que a obra tem com seu criador. Assim, são considerados direitos da personalidade. Pela proteção do direito

moral do autor sobre a obra, resguardam-se os direitos de identificação pessoal desta, de sua autenticidade e autoria, de conservação da obra inédita, manutenção da integridade da obra e modificação, além de retirada de circulação quando implicar em afronta à sua reputação e imagem (artigo 24 da Lei n. 9610/98).

Os direitos morais do autor são personalíssimos, indisponíveis, intransmissíveis, imprescritíveis e irrenunciáveis (artigo 27 da Lei n. 9610/98). Ou seja, cabe ao autor exercer esta prerrogativa, podendo ser reclamado judicialmente a qualquer momento, oponível a qualquer pessoa e não pode ser transferido.

Quanto aos direitos patrimoniais, estes estabelecem a possibilidade de se obter vantagens econômicas com a obra. É a exploração comercial da produção. Esta exploração pode ser realizada diretamente pelo autor ou por contrato que estipule quem a explorará. O direito patrimonial é, juridicamente, completamente distinto do direito moral, posto que é alienável e penhorável.

Sobre a matéria, regulamentou a lei específica, em seu artigo 28: “Cabe ao autor o direito exclusivo de utilizar, fruir e dispor da obra literária, artística ou científica”.

No artigo seguinte da mesma lei, artigo 29, é especificado que o autor deverá fornecer prévia e expressa autorização para utilização de sua obra por quaisquer modalidades. Os direitos autorais patrimoniais podem ser transferidos, ao contrário dos morais. A cessão dos direitos patrimoniais pode ser total ou parcial, geralmente onerosa.

A Lei n. 9.610, de 1998, contém várias normas sobre os direitos patrimoniais do autor: artigos 28 a 45 tratam de normas gerais sobre direitos patrimoniais de autor e sua duração; artigos 46 a 48 tratam das limitações aos direitos autorais, ou seja, dos casos em que a utilização da obra não constitui ofensa a direito autoral; artigos 49 a 52 que tratam da

transferência dos direitos de autor; artigos 53 a 88 que regem a utilização de obras intelectuais e fonogramas.

Em publicações científicas, não é considerada ofensa aos direitos autorais a citação de trechos de obras, desde que indicados os nomes dos autores e a origem da obra.

O Brasil segue o Convênio de Berna (1922) e a Convenção de Roma (1965). Dessa forma, há momento para a extinção dos direitos autorais, quando a obra passa a domínio público, no intuito de enriquecimento cultural da humanidade, passando a haver a fruição da obra pela coletividade. Neste momento, a defesa da integridade e autoria da obra em domínio público será exercida pelo Estado.

Se o autor não tiver sucessores, a obra passará então, a domínio público desde a morte do autor. Se houver sucessores, a obra será transmitida aos sucessores civis, após a morte do autor.

De acordo com o artigo 45 da Lei Autoral, o marco para a obra transformar-se como domínio público é quando decorrer o prazo de proteção dos direitos patrimoniais, ou seja, 70 anos do dia 1º de janeiro do ano subsequente ao do falecimento do autor, conforme norma contida no artigo 41 da lei autoral.

Quanto às punições civis, podem ocorrer diversos tipos de determinação judicial, sendo as principais: busca e apreensão de obras, tutela declaratória e reparação de danos.

## **ESFERA ÉTICA**

No campo ético, o Código de Ética Médica regula a publicação científica e as atitudes dos diversos autores que podem estar envolvidos na criação de obra médica. Os artigos 131 a 140 tratam das atitudes vedadas ao médico que publica trabalhos científicos.

A publicação, fora do meio médico, deve ser restrita ao esclarecimento e educação da coletividade. No mesmo sentido, além do disposto no Código de Ética Médica, há a normatização contida no Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME), que especifica que, nestes casos, o médico deve ter cuidado de evitar autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão. Também existe expressa proibição ao anúncio de títulos ou especialidade que o médico não possua.

Quanto às publicações em meios de divulgação de conhecimento restrito aos médicos, é limitada a sua participação aos trabalhos que tenha efetivamente participado. Considera-se antiética a nomeação de indivíduos que não participaram da elaboração do trabalho, assim como a atribuição de autoria exclusiva de trabalho realizado por subordinados ou outros médicos sob a sua orientação. Também veda o Código de Ética Médica a utilização de dados, informações e opiniões de outrem sem referência ao autor.

Sobre o conteúdo do trabalho científico, é vedada a apresentação de ideias, descobertas ou ilustrações como originais sem que assim sejam. Da mesma forma, é proibido o falseamento de dados estatísticos ou deturpação da interpretação.

O critério para definição de co-autoria é alvo de inúmeras discussões, tanto dos autores que são preteridos da publicação, como de outros que se sentem atingidos ao descobrir seu nome em publicação que não conheciam previamente. Portanto, a respeito da última questão, as principais revistas exigem, por escrito, a anuência de todos os autores previamente à publicação. Sobre o primeiro assunto, o consenso é mais difícil, pois dependendo do trabalho a ser publicado, vários querem seu nome incluído.

Por esse motivo, existem tentativas de normatização dos critérios de inclusão de co-autores. Os critérios mais aceitos são que exista a contribuição na concepção, planejamento, aquisição, análise ou interpretação dos dados, a redação ou revisão do texto

a ser publicado e a aprovação final. Cada co-autor responderá, igualmente, pelo conteúdo científico do trabalho.

Finalizando, do médico é esperada atitude que compreende a seriedade e o respeito pelo trabalho alheio. A produção científica deve ter limites de decência e, portanto, conservar inviolável o direito autoral. Esta é obrigação primordial imposta a quem se propõe a divulgar conhecimentos.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

ASCENSÃO, J.O. *Direito autoral*. Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

BENNETT, D.M.; TAYLOR, D.M. Unethical practices in authorship of scientific papers. *Emerg. Med.* 2003;15:263-70.

BITTAR, C.A. *Direito de autor*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

BUSATTO FILHO, G. A importância de critérios objetivos para autoria de artigos científicos. *Rev. Psiq. Clin.* 2002;29:28-31.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM n.1246/88; 1988.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

COSTA NETTO, J.C. *Direito autoral no Brasil*. São Paulo: FTD, 1998.

DINAMARCO, C.R. *Fundamentos do processo civil moderno*. São Paulo: Malheiros, 2001.

DINIZ, M.H. *Tratado teórico e prático dos contratos*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

LEI n. 9.610 de 1998.

MIRABETE, J.F. *Manual de direito penal – parte geral*. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MONTENEGRO, M.R.; ALVES, V.A.F. Critérios de autoria e co-autoria em trabalhos científicos. *Rev. Inst. Med. Trop.* 1987;29:191-3.

PETROIANU, A. Autoria de um trabalho científico. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2002;48:60-5.

## **CAPÍTULO 13 - EDUCAÇÃO CONTINUADA EM PEDIATRIA**

*Maria Fernanda Branco de Almeida*

*Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck*

### **INTRODUÇÃO**

Há algumas décadas, quem concluía o ensino superior de Medicina encerrava a fase de estudos; ficava o conhecimento estagnado no tempo. A ciência e a pesquisa andavam a passos lentos, se comparadas aos dias de hoje. Por isso, o conhecimento adquirido nos bancos universitários durava muito mais tempo, pois a renovação desses ensinamentos era extremamente lenta. Esse quadro mudou e continua mudando a cada dia.

Atualmente, a velocidade das pesquisas, a globalização, que permite a difusão dessas descobertas, e os avanços tecnológicos transformam incessantemente o ambiente de trabalho do médico. Esta nova realidade impõe ao médico uma necessidade de atualização profissional permanente, para se manter dentro do exercício da profissão. O estudo e a formação deixaram de ser meramente mais uma etapa da vida, e passaram a caminhar junto com os profissionais durante todo o seu exercício profissional.

No exercício de sua especialidade, o médico deve visar à saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. Para que isto efetivamente ocorra, é necessário que o médico atualize continuamente seus conhecimentos, usando o melhor do progresso científico em benefício de seu paciente. A aquisição de conhecimentos científicos atualizados, além de obrigação ética, é indispensável para o adequado exercício da Medicina. O contínuo desenvolvimento profissional do médico faz-se necessário em função do rápido aporte e incorporação de novos conhecimentos na prática médica.

Durante seu exercício profissional, o médico, na falta de atualização dentro de sua especialidade, pode provocar dano ao paciente, caracterizando-se imperícia, por despreparo profissional, em face da inadequação de conhecimentos científicos e práticos da especialidade. Uma das causas de processos contra médicos no Conselho Regional de Medicina de São Paulo é a suspeita de que o médico portou-se com falta de conhecimento e habilidades exigidos minimamente aos que exercem a especialidade. Portanto, é preciso, ao médico, procurar um processo rápido, eficaz e específico para obter, enriquecer e aprimorar os conhecimentos.

Os Programas de Educação Médica Continuada são, mundialmente, práticas obrigatórias para a atualização do profissional. Os órgãos formadores e as sociedades de especialidades são responsáveis em disponibilizar formas de educação continuada que possam ser acessíveis a todos os profissionais de sua especialidade.

No interesse de assegurar a educação médica continuada e comprovar a atualização dos profissionais médicos, o Conselho Federal de Medicina, por intermédio da Resolução CFM 1.772, publicada no Diário Oficial da União em 12/08/2005, instituiu o Certificado de Atualização Profissional para os portadores dos Títulos de Especialista e Certificados de Áreas de Atuação e criou a Comissão Nacional de Acreditação (CNA) para elaborar normas e regulamentos para este fim, além de coordenar a emissão desses certificados. A CNA é composta por um membro da diretoria do CFM, um membro da diretoria da Associação Médica Brasileira (AMB) e dois delegados de cada um destes órgãos, indicados pelas respectivas diretorias.

O processo de Certificação de Atualização Profissional tem como objetivo manter, por meio de educação continuada, a qualificação permanente dos especialistas, buscando sua valorização profissional e, conseqüentemente, garantindo aos pacientes o atendimento

adequado. A Resolução CFM 1.772/2005 refere que os portadores dos Títulos de Especialista e Certificados de Áreas de Atuação emitidos a partir de 1º/1/2006 têm prazo de até cinco anos para se submeterem *obrigatoriamente* ao processo de Certificação de Atualização Profissional, sob pena de perda do registro desses títulos e/ou certificados.

Assim, a CNA preparou o protocolo de pontuação de atividades científicas para a revalidação, instituindo normas de cadastramento para garantir acesso universal, lisura e isenção ao desenvolvimento deste processo. Os portadores de Título de Especialista e Certificado de Área de Atuação, que iniciam o processo de revalidação, podem obter o Certificado de Atualização Profissional por meio da somatória de 100 créditos decorrentes da participação em atividades presenciais ou não presenciais, previamente aprovadas pela CNA, em um período de cinco anos contínuos, que pode incluir uma prova. O *site* da CNA (<http://www.cna-cap.org.br>) disponibiliza de maneira contínua as atividades científicas pontuadas e, para os médicos participantes da certificação, o acompanhamento da respectiva pontuação.

Na Resolução CFM 1.772/2005 está especificado que as sociedades de especialidade devem facilitar o acesso de todos os médicos ao processo de Certificação de Atualização Profissional, dentro do seu Programa de Educação Médica Continuada. Também devem proporcionar um mínimo de 40 créditos por ano, sendo 50% deles em cada região geográfica e/ou estado da Federação, além de um adicional mínimo de 10 créditos por ano que deve corresponder a atividades realizadas a distância.

Recentemente, a Resolução CFM n. 1.845/2008, publicada no Diário Oficial da União em 15/07/2008, atualizou a relação das 53 especialidades médicas e 54 áreas de atuação, que inclui as seguintes áreas de atuação em Pediatria: Alergia e Imunologia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Endocrinologia Pediátrica, Gastroenterologia Pediátrica,

Hematologia e Hemoterapia Pediátrica, Infectologia Pediátrica, Medicina do Adolescente, Medicina Intensiva Pediátrica, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia, Neurologia Pediátrica, Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica, Nutrologia Pediátrica, Pneumologia Pediátrica e Reumatologia Pediátrica.

A Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), por meio da sua Diretoria de Cursos e Eventos, disponibiliza continuamente as atividades presenciais e não presenciais enviadas pela SPSP para cadastro na CNA, com a pontuação descrita conforme a especialidade “Pediatria” e suas áreas de atuação.

Muitos dos eventos para atualização profissional possuem curta duração e proporcionam aos médicos contato com algum conteúdo nunca antes visto ou aprendido. Os tipos de eventos disponíveis para esta atualização compreendem:

Eventos presenciais: atividades em tempo real e com possibilidade de interação entre os participantes e o palestrante, incluídos congressos, simpósios, jornadas, encontros, cursos e teleconferências, entre outros.

Congresso: evento de caráter técnico ou científico, com programação direcionada a uma determinada área do conhecimento, objetivando debater e divulgar informações sobre temas gerais ou específicos da especialidade. Podem utilizar diversas técnicas de apresentação como mesas-redondas, conferências, palestras etc.

Simpósio: tipo derivado de mesa-redonda, caracterizado pelo fato de ser de alto nível, com a participação de especialistas de renome, sendo o seu principal objetivo o intercâmbio de informações.

Jornada/Encontro/Fórum/Curso: reuniões de determinados grupos de profissionais realizadas periodicamente com o objetivo de discutir um ou mais assuntos.

Eventos à distância: atividades de educação continuada não desenvolvidas em tempo real, por meio de ferramentas multimídia ou material impresso.

No Estado de São Paulo, os eventos presenciais e não presenciais realizados por várias instituições públicas ou particulares, quando envolvem programa científico sobre a saúde da criança e do adolescente, e mediante solicitação de seus organizadores, têm sido divulgados no portal e boletim bimestral impresso *Pediatra Informe-se...* da SPSP.

Atualmente, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) oferece três programas de educação continuada à distância, que são pontuados para obtenção do Certificado de Atualização Profissional, a saber:

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria (PRONAP): é um curso de educação continuada que possibilita aos Pediatras participarem de uma atualização e revisão de conhecimentos, feito por correspondência. Os assinantes recebem a cada trimestre um número de estudo de forma impressa ou eletrônica, contendo três temas de Pediatria, pedagogicamente tratados para auto-instrução. Ao final de cada ciclo, de um ano de duração, os inscritos participam de um processo de avaliação que, no caso de obterem suficiência, lhes confere um certificado.

Programa de atualização continuada à distância: constitui-se de aulas ministradas por membros dos Departamentos Científicos da Sociedade Brasileira de Pediatria. Até setembro de 2008, estavam disponíveis 131 conferências sobre temas em Pediatria.

Programa de atualização em neonatologia (PRORN): é organizado por ciclo, que corresponde a um ano, com início no momento da inscrição ao programa. Cada ciclo compõe-se de quatro módulos, que são enviados ao participante de três em três meses. O conteúdo de cada módulo contém capítulos com atividades, casos clínicos e auto-avaliação.

A SBP é responsável pelo conteúdo técnico, a avaliação de desempenho ao final de cada ciclo e a certificação.

Apesar da importância da educação continuada proporcionada por atividades presenciais e não presenciais para a atualização profissional, sabe-se que essa abordagem tem efeito limitado na atuação prática dos profissionais médicos. Dessa maneira, a leitura de publicações científicas, com construção crítica do conhecimento, ou sua atualização, por parte do leitor diferenciado, assume importância ímpar na continuação ou mudança das práticas diagnósticas e terapêuticas em qualquer área do saber médico.

Entre os periódicos científicos nacionais que publicam temas relacionados à saúde da criança e adolescente, disponíveis gratuitamente por via eletrônica, destacam-se:

*Jornal de Pediatria*: publicação oficial da SBP indexada na base Medline, Scielo e Lilacs. A versão eletrônica apresenta todas as edições da revista impressa desde 1994 no *site* [www.jpmed.com.br](http://www.jpmed.com.br). Anualmente, oito números são publicados, entre eles dois suplementos com artigos de revisão sobre tópicos específicos.

*Revista Paulista de Pediatria*: publicação trimestral da SPSP indexada nas bases de dados Scielo e Lilacs, que divulga pesquisa relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. A partir de 2005, os exemplares estão disponíveis em [www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br).

*Pediatria* (São Paulo): periódico trimestral indexado na base de dados Lilacs, que tem por objetivo divulgar informações científicas que contribuam para o conhecimento médico e pediátrico, organizado pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo os fascículos disponibilizados desde 1979.

Desde setembro de 2008, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), por meio de um consórcio feito com a Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior/Consórcio de Periódicos Eletrônicos (Capes/Copere), tem possibilitado que médicos cadastrados no CREMESP acessem o banco de periódicos científicos disponíveis no meio eletrônico, que reúne 135 títulos de publicações médicas internacionais.

Além disso, o portal “Medicina em evidência”, lançado pelo CREMESP no final de 2007, tem como proposta oferecer à classe médica os resumos das principais atualizações nas diversas especialidades médicas, incluindo as revisões sistemáticas em Pediatria. O portal conta com outras fontes de captação de informações científicas: o Centro Cochrane do Brasil e a versão eletrônica do periódico *Evidence Based Medicine*, na íntegra, com uma seleção de artigos publicados pelas edições trimestrais do periódico, traduzidos para o português.

Assim, várias instituições associativas médicas, além do meio acadêmico, têm procurado promover e oferecer a atualização constante de temas específicos, incluindo publicações em meio eletrônico e impresso, na forma de periódicos e livros, sobre a saúde da criança e do adolescente. Cabe ao pediatra atualizar o seu próprio conhecimento, da maneira mais apropriada para o seu dia a dia e a promoção da saúde aos seus pacientes.

Ressalta-se que, desde 1998, é reconhecido que o volume de informações médicas publicadas em papel duplica a cada quatro anos e meio, o volume de informações médicas publicadas na Internet duplica a cada seis meses e que cerca de 50% das informações, principalmente sobre novas terapias, dependendo da especialidade, está obsoleta após três a quatro anos depois que o médico se forma.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

BOMBARDIER, C; ESMAIL, R; NACHEMSON, A. The Cochrane Collaboration. *Spine*. 1997; 22:837-40.

CHALMERS, I; DICKERSIN, K; CHALMER, T.C. Getting to grips with Archie Cochrane agenda. *Br. Med. J.*, 1992;305:768-88.

COMISSÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Certificado de Atualização Profissional. Disponível em: <<http://www.cna-cap.org.br>>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.772/2005. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1772\\_2005.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1772_2005.htm)>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.845/2008. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2008/1845\\_2008.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2008/1845_2008.htm)>

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Jornal do Cremesp* 2008;252:5. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1052>>

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Medicina em evidência. Disponível em: <<http://www.medicinaemevidencia.org.br/>>

COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. Apresentando a bioética. In: *Conselho Federal de Medicina. Iniciação à bioética*. Brasília-DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.15-8.

DAVIS, D.A.; THOMSON, M.A.; OXMAN, A.D.; HAYNES, R.B. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 1995;274:700-5.

GUINSBURG, R. Círculos concêntricos. *Rev. Paul. Pediatr.* 2008;26:104-5.

JORNAL DE PEDIATRIA. Scientific Electronic Library Online – SciELO. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0021-7557&script=sci\\_issues](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0021-7557&script=sci_issues)>

PROGRAMAS SEMCAD: PRORN. Programa de atualização em neonatologia. Disponível em: <<http://www.semcad.com.br/programa.asp?prog=6>>

REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Disponível em: <[http://www.spsp.org.br/spsp\\_2008/materias.asp?sub\\_secao=53&id\\_pagina=202](http://www.spsp.org.br/spsp_2008/materias.asp?sub_secao=53&id_pagina=202)>

REVISTA PEDIATRIA (São Paulo). São Paulo: Departamento de Pediatria da USP. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/>>

SABBATINI, R.M.E. Educação médica continuada pela Internet. Revista *Médico Repórter*. 1998;2:20-2. Disponível em: <<http://www.sabbatini.com/renato/papers/reporter-medico-02.htm>>

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Cursos e eventos. Disponível em: <[http://www.spsp.org.br/spsp\\_2008/agenda.asp](http://www.spsp.org.br/spsp_2008/agenda.asp)>

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Pontuação na CNA. Disponível em: <[http://www.spsp.org.br/spsp\\_2008/materias.asp?sub\\_secao=19&id\\_pagina=122](http://www.spsp.org.br/spsp_2008/materias.asp?sub_secao=19&id_pagina=122)>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Programa de atualização continuada à distância. Disponível em: <[http://www.livebox.com.br/SBP\\_ED\\_CONTINUADA/?id\\_categoria=24&id\\_detalhe=1065&tipo=D](http://www.livebox.com.br/SBP_ED_CONTINUADA/?id_categoria=24&id_detalhe=1065&tipo=D)>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. PRONAP – Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=24&id\\_detalhe=936&tipo=S](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=936&tipo=S)>

WIDMAN, L; TOGO, O. Request for medical advice from patients and families to health care providers who publish on the World Wide Web. *Arch. Int. Med.* 1997;157:209-12.



## **CAPÍTULO 14 - O PEDIATRA E A PESQUISA MÉDICA: OS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA**

*Rubens Feferbaum*

### **INTRODUÇÃO**

A pesquisa médica envolvendo crianças é um aspecto importante da atividade acadêmica e educacional de muitos pediatras. A sua regulamentação obedece a uma série de normas, a avaliação por meio de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e, sobretudo, a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Trata-se de uma determinação legal do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sem a qual não poderá ser realizada a pesquisa proposta. Ainda, no Estado de São Paulo, resolução de 2006 determina que pesquisas em seres humanos, em hospitais públicos, devam ser avaliadas pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) de uma instituição habilitada para tal fim e cadastrada na Secretaria da Saúde do Estado.

A questão da ética em pesquisa médica ganhou força no fim da Segunda Guerra Mundial com o Código de Nuremberg, devido às atrocidades cometidas em seres humanos, justificadas como pesquisa médica. Além disto, alguns casos de repercussão pública ocorridos nos Estados Unidos da América (como a exposição de soldados à radiação nuclear) contribuíram para evidenciar a necessidade de se estabelecerem regras e procedimentos em pesquisas que envolvessem seres humanos.

Ao longo dos anos, foram estabelecidas uma série de diretrizes até a elaboração da Resolução CNS 196/ 96. A Resolução CNS 196/96, como é reconhecida, é um dos poucos documentos de natureza essencialmente bioética, no sentido mais amplo do pluralismo.

Essa característica existiu na criação da Resolução, que se consubstancia no seu conteúdo doutrinário.

O objetivo deste capítulo é informar ao pediatra estas diretrizes e sua operacionalização.

### **RESOLUÇÃO N. 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

É um conjunto de normas sobre ética em pesquisa, envolvendo seres humanos, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

A Resolução foi elaborada com base na multi e interdisciplinaridade, abrangendo sugestões de diversos segmentos da sociedade (inclusive dos sujeitos de pesquisa), e se preocupa com pesquisa envolvendo seres humanos em qualquer área do conhecimento e não apenas com a pesquisa médica.

### **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP)**

É uma comissão do Conselho Nacional de Saúde – CNS, criada por meio da [Resolução 196/96](#) e com constituição designada pela [Resolução 246/97](#), com a função de implementar as normas e diretrizes regulatórias de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. A CONEP e os CEP têm composição multidisciplinar com participação de pesquisadores, estudiosos de bioética, juristas, profissionais de saúde, das ciências sociais, humanas e exatas e representantes de usuários.

A CONEP deverá examinar os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres

humanos em áreas temáticas especiais, encaminhadas pelos CEP das instituições, dentre elas, genética humana, reprodução humana, novos dispositivos para a saúde, pesquisas em populações indígenas, pesquisas conduzidas do exterior e aquelas que envolvam aspectos de biossegurança. Por intermédio do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), faz o acompanhamento das pesquisas realizadas no país.

### **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS (CEP)**

São colegiados interdisciplinares e independentes, também de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

O CEP institucional deverá revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Terá também papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

### **PASSO A PASSO NA ENTREGA DO PROJETO**

Em um Comitê de Ética em Pesquisa, geralmente é necessário o preenchimento de alguns protocolos referentes à pesquisa e seu responsável. Seguindo-se estes documentos, cabe ao CEP não só revisar todos os protocolos de pesquisa submetidos a ele, como também monitorar a ocorrência dos eventos adversos encaminhados pelo pesquisador no transcorrer do trabalho. Esse monitoramento deve ser ágil e crítico, orientando sua ação em

observância à relação dano/ benefício de cada estudo, com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa.

#### 1. Folha de Rosto

É um instrumento de identificação e classificação do projeto de pesquisa, baseado em critérios de risco. São também identificados: o pesquisador responsável, a instituição onde será realizada a pesquisa e o CEP responsável pela apreciação do projeto de pesquisa. Esta folha inclui o termo de compromisso do pesquisador e da instituição em cumprir a Resolução 196/ 96 e complementares.

Para se obter essa folha, o pesquisador deve fazer seu cadastro no *site* da SISNEP, seguindo as orientações até o encaminhamento on-line da Folha de Rosto ao CEP do Centro onde será realizada a pesquisa.

✓ Centro: no contexto de pesquisas com seres humanos, é uma unidade autônoma. O centro coleta, classifica, avalia, analisa dados ou dá apoio logístico ao estudo.

✓ Projetos multicêntricos: são projetos conduzidos em dois ou mais centros, sempre com projeto de pesquisa comum, mas com uma administração central e um centro único para receber e processar dados.

Se no centro, onde será realizada a pesquisa, não houver CEP, fica a critério do CONEP a indicação do CEP responsável.

#### 2. Projeto de pesquisa

É a descrição completa da pesquisa em seus aspectos fundamentais, de acordo com o disposto no Capítulo VI da Resolução n. 196/96.

Para apreciação do projeto em CEP, a pesquisa tem de seguir os seguintes critérios:

- pesquisa em português;
- clareza;

- objetividade;
- concisão;
- completude;
- fundamentação;
- diretividade;
- adequação às normas.

### 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O TCLE é um documento que informa e esclarece o sujeito da pesquisa, de maneira que ele possa tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos, sobre a sua participação em um projeto de pesquisa. É uma proteção legal e moral do pesquisado e do pesquisador, visto ambos estarem assumindo responsabilidades. Deve conter, de forma didática e bem resumida, as informações mais importantes do protocolo de pesquisa. Deve estar descrito em linguagem acessível aos sujeitos daquela pesquisa. O pesquisador deve garantir que o sujeito da pesquisa realmente consiga entender o que está escrito. Deve apresentar seu projeto indicando tudo o que poderá constranger ou trazer prejuízos ao sujeito da pesquisa. Não usar o estilo científico, a não ser que a amostra seja composta de universitários. Em alguns casos, não há como aplicar um TCLE, no caso de dados arquivados, como, por exemplo, prontuários, em que é impossível localizarem-se os pacientes, ou quando será usado um procedimento em que não seria ético identificar os participantes de qualquer forma. Nestes casos, a justificativa da não aplicação do TCLE deve ser explicitada no item “aspectos éticos da pesquisa no projeto” e deve ser solicitada uma “dispensa do uso de TCLE”.

O TCLE é um documento único e deve ser sempre apresentado isoladamente do projeto, da maneira como será entregue ao participante da pesquisa. Deve ser entregue ao pesquisado em duas vias, que serão assinadas pelo participante e pelo pesquisador, ficando uma com cada parte.

Quando os projetos de pesquisa são realizados com menores de idade, em serviços de saúde, creches, escolas etc., cabe aos representantes legais dos sujeitos (familiar, tutor) ter conhecimento e assinar o TCLE.

Os responsáveis pelas instituições (serviços médicos, creches, escolas etc.), embora não detenham autoridade para dar ou assinar os TCLE, devem assinar um documento de autorização, de contato com os sujeitos assumindo as suas responsabilidades.

#### 4. Cadastro do Pesquisador

*Curriculum vitae* dos pesquisadores envolvidos no projeto (de preferência o currículo da plataforma *Lattes*, por ser padronizado).

#### 5. Cadastro da Pesquisa

Geralmente, alguns CEP's se utilizam deste protocolo, como material fundamental para explanação em reunião, além de ser extremamente importante no arquivo em sua secretaria. Abaixo, algumas solicitações deste protocolo:

- ✓ Resumo da pesquisa;
- ✓ Pesquisador responsável;
- ✓ Orientador;
- ✓ Relação de co-autores;
- ✓ Objetivos;
- ✓ Descrição detalhada da metodologia proposta;
- ✓ Casuística (amostragem), especificando os Critérios de Inclusão e

Exclusão dos sujeitos da pesquisa na amostra, bem como os Planos de Recrutamento;

- ✓ Número de sujeitos da pesquisa (se multicêntrico, citar o número de indivíduos local e total);
- ✓ Análise crítica dos riscos e benefícios;
- ✓ Cronograma de execução do projeto;
- ✓ Local de realização das várias etapas; infra-estrutura necessária;
- ✓ Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam favoráveis ou não;
- ✓ Patrocinador etc.

### **Patrocinador**

Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (se houver). No caso de projetos autofinanciados, deve-se colocar, no item “Patrocinador”, localizado na Folha de Rosto a justificativa: “não se aplica” e, no orçamento financeiro, a descrição dos gastos que estão previstos e quem vai financiar (se o responsável ou a instituição).

### **Exequibilidade do projeto a ser desenvolvido**

É o parecer do responsável pelo acompanhamento e monitoramento no centro onde se realizará a pesquisa.

### **Formulário para encaminhamento de Evento Adverso**

Deve-se observar que efeitos adversos são de responsabilidade do pesquisador e da instituição onde é realizada a pesquisa, devendo ser providenciada o devido atendimento médico.

## **SECRETARIA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Órgão administrativo responsável pelo recebimento e verificação dos protocolos. Efetua o *check-list* no SISNEP para a liberação do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).

CAAE: é a identificação numérica do projeto de pesquisa dentro do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), recebida quando da entrega do projeto, após o *check-list* efetuado pela secretaria do CEP.

Parecer: é um documento que registra o posicionamento do CEP ou CONEP quanto ao projeto de pesquisa. O parecer é emitido pelo CEP ao pesquisador, num prazo de 30 dias (CEP) e 60 dias (CONEP), identificando de forma clara o estudo proposto e a data da reunião em que foi apreciado.

**CRONOLOGIA DAS DIRETRIZES ÉTICAS RELACIONADAS COM  
PESQUISAS EM SERES HUMANOS**

ANO	DOCUMENTO	ORIGEM
1947	Código de Nuremberg	Tribunal de Guerra
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos	Assembléia das Nações Unidas
1964	Declaração de Helsinque (versão 1996)	Associação Médica Mundial
1988	Resolução 01/88	Conselho Nacional de Saúde
1993	Diretrizes Éticas Internacionais sobre pesquisa envolvendo seres humanos	OMS
1996	Resolução n. 196	Conselho Nacional de Saúde / MS
1997	Good Clinical Practice	ICH
1997	Resolução 251	Conselho Nacional de Saúde / MS
1999	Resolução 292	Conselho Nacional de Saúde / MS
2000	Resolução 301	Conselho Nacional de Saúde / MS
2000	Resolução 303	Conselho Nacional de Saúde / MS
2000	Resolução 304	Conselho Nacional de Saúde / MS
2004	Resolução 340	Conselho Nacional de Saúde / MS
2005	Resolução 346	Conselho Nacional de Saúde / MS
2005	Resolução 347	Conselho Nacional de Saúde / MS

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. 4. ed. ver. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

## **CAPÍTULO 15 - GREVE NA ÁREA MÉDICA:**

### **ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

*Eraldo Samogin Fiore*

*Sérgio A. Bastos Sarrubbo*

*Clóvis Francisco Constantino*

Os Autores destacam que reavaliaram texto anteriormente escrito e publicado em Manual de Defesa Profissional da Sociedade Brasileira de Pediatria.

#### **ASPECTOS ÉTICOS**

Diante de condições impróprias ao exercício digno da profissão, ou vil remuneração ou não remuneração, uma vez esgotados todos os meios de negociação, surge a figura da greve, como expressão de luta, o que não deve significar mau atendimento ou omissão de socorro, o que aliás, mereceria total repúdio.

Este texto, de forma sumária, deve, a nosso ver, nortear a responsabilidade a respeito de greves na área médica.

No preâmbulo do “Código de Ética Médica”, Resolução CFM 1246, de 1988, devemos estar atentos para os parágrafos I e II que devem, inicialmente, servir de base para qualquer tipo de movimento que se queira implantar.

I – O presente código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

II – As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste código.

Ao analisarmos o Código de Ética Médica, propriamente dito, é fundamental a atenção nos seguintes artigos:

## **CAPÍTULO I**

### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

**Art. 2º** – O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

**Art. 3º** – A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

**Art. 4º** – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

**Art. 8º** – O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar quaisquer restrições ou imposições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

**Art. 14** – O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

**Art. 15** – Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

**Art. 16** – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

**Art. 17** – O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da Medicina.

## **CAPÍTULO II**

### DIREITOS DO MÉDICO

É direito do médico:

**Art. 22** – Apontar falhas nos regulamentos e normas das Instituições em que trabalha, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos aos órgãos competentes e, obrigatoriamente à Comissão de Ética e o CRM de sua Jurisdição.

**Art. 23** – Recusar-se a exercer sua profissão em Instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

**Art. 24** – Suspender suas atividades individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao CRM.

**Art. 27** – Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos e consultas prejudiquem o paciente.

### **CAPÍTULO III**

#### RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

**Art. 35** – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

**Art. 36** – Afasta-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado de seus pacientes em estado grave.

### **CAPÍTULO VII**

#### RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

**Art. 77** – Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste código.

**Art. 78** – Posicionar-se contrariamente a movimento legítimo da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

## **RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS RESIDENTES E PRECEPTORES**

A existência de responsabilidade do preceptor em ministrar um programa de treinamento não exime a do residente, pois este, uma vez médico formado e portador do registro no CRM, deve estar sempre cômico de seus atos e responder pelos mesmos. Embora o médico residente seja responsável pelos atos que pratica, seus superiores

hierárquicos, mesmo em greve, respondem por sua parcela de responsabilidade se estiverem ausentes numa situação de urgência ou emergência, deixando de orientá-los.

## **ASPECTOS LEGAIS**

Os prestadores de assistência médica e hospitalar, atividade consideradas essenciais, têm assegurado o direito de greve, desde que garantido o atendimento das necessidades inadiáveis da sociedade. Isto significa que, em hipótese alguma, a saúde da população poderá correr risco.

Vale a pena lembrar que a omissão de socorro é crime conforme dispõe o artigo 135 do Código Penal, a saber: “deixar de prestar assistência quando possível fazê-lo, sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou greve e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública (...)”

Lembramos, ainda, que a Lei n. 7.783, de 28 de junho de 1989, regulamenta diversos aspectos atinentes ao direito de greve, quanto às atividades essenciais e atendimento das necessidades inadiáveis da população.

A legislação supracitada estabelece que a assistência médica e hospitalar são serviços essenciais; refere ainda que, além das urgências e emergências, deve ser preservado o atendimento dos pacientes que já se encontravam internados quando da decretação do movimento.

A não observância de tal exigência implica em abuso do direito de greve, cabendo ao Ministério Público a abertura do competente inquérito e procedimentos subsequentes, respondendo os responsáveis por possíveis infrações à legislação trabalhista, civil ou penal, conforme a natureza das ocorrências.

Cabe destacar que são considerados serviços indispensáveis aqueles que, quando não prestados, colocam em risco a segurança da população.

## **GREVE EM SERVIÇO PÚBLICO**

Segundo o Prof. Giovanni Berlinguer, uma autoridade mundial em Bioética, a base para êxito nas justas reivindicações é a concordância da população. Não se pode fazer uma greve que pareça se apresentar contra a população. As reivindicações de trabalhadores do Serviço Público devem sempre incluir medidas de melhoria dos serviços. Deve-se considerar o interesse da população e da categoria, não apenas o interesse legítimo sobre vencimentos.

O médico, por sua tradição e responsabilidade milenar, não pode ferir a ética, mesmo que o Estado, por sua vez, falte com sua responsabilidade perante os profissionais de saúde e a sociedade, o que não é incomum.

Recomendações do departamento de defesa profissional:

- 01) A greve de médico só pode ser entendida se for organizada e sem que a saúde da população seja preterida.
- 02) Antes de se deflagrar a greve, devem ser esgotadas todas as possibilidades de negociação.
- 03) O pronto atendimento e encaminhamento devem ser organizados e realizados em todos os momentos.
- 04) Os casos de urgência devem ser atendidos.
- 05) Pacientes internados devem ser assistidos.

06) O médico deverá usar sua análise crítica no sentido de evitar que o paciente venha a ter agravamento de sua enfermidade.

07) Deverá existir um plantão médico que atenderá os casos de gravidade manifesta e iminente perigo.

08) Diante de uma situação em que o plantonista escalado para o atendimento não o faz, o fato deverá ser imediatamente comunicado ao CRM, que avaliará a situação.

09) O estado de greve deverá ser declarado com antecedência de, no mínimo, 72 horas.

10) Não se posicione contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens num período de greve.

11) Não assuma emprego, cargo ou função de colega demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria.

12) Elabore prontuário médico para cada paciente.

13) O paciente não deverá ser orientado por leigos durante a greve.

14) Quando o médico escalado para o plantão não o faz por motivos injustificados, o fato deverá ser comunicado ao CRM que avaliará a situação.

15) O médico deverá rejeitar contratos que contenham cláusulas que o proíbam de paralisações de atividades ou de participarem de movimentos da categoria, desde que obedecidas as normas regulamentadas e estabelecidas pela legislação pertinente e pelo Conselho Regional de Medicina.

A seguir, transcrevemos, na íntegra, o Processo-Consulta CREMESP n. 77516 de 2003, que é bastante ilustrativo no tema em debate:

**Consulta nº 77.516/03**

Assunto: Greve. Atraso no pagamento.

Relator: Osvaldo Pires Simonelli - Departamento Jurídico

**PARECER SUBSCRITO PELO CONSELHEIRO KRIKOR BOYACIYAN**

Ementa: Direito de Greve. Atraso no pagamento de honorários. Possibilidade. Necessidade de observância da Legislação vigente.

O Consulente, J.C.C. solicita parecer deste E. Conselho acerca da possibilidade de realização de paralisação do atendimento médico, tendo em vista a falta de pagamento de plantões já realizados. Segundo a direção do hospital, o dinheiro para tal finalidade não está sendo repassado pela prefeitura.

Diante desta situação requer manifestação deste E. Conselho acerca da possibilidade de realização de movimento grevista.

**I - DO PARECER**

**DO DIREITO DE GREVE**

Cumprir informar que o exercício do direito de greve, por qualquer profissional é garantido pela Constituição Federal (art. 9º), dependendo sua efetivação do cumprimento da legislação específica, atualmente a Lei n. 7.783/89.

O parágrafo 1º do artigo 9º da Constituição Federal prevê, ainda, que a lei específica deverá prever acerca das atividades essenciais e o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, como de fato se constata pela leitura da Lei n. 7.783/89.

A legislação mencionada, em seu artigo 10, inciso II, inclui como serviços ou atividades essenciais a assistência médica e hospitalar, o que confere a tais profissionais uma situação diferenciada para a realização do movimento paradedista. É o que se extrai do artigo 11, in verbis:

“Artigo 11. Nos serviços ou atividades essenciais, os sindicatos, os empregadores e os trabalhadores ficam obrigados, de comum acordo, a garantir, durante a greve, a prestação dos serviços indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade.

Parágrafo único. São necessidades inadiáveis da comunidade, aquelas que, não atendidas, coloquem em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população.”

Cumpra ressaltar que a não observância dos preceitos acima, ainda no âmbito jurídico-trabalhista, podem ensejar medidas judiciais que acarretarão em declaração de abusividade do movimento, culminando, desde o não pagamento dos dias parados até substituição do pessoal pelo poder público, diretamente (artigo 12 da Lei).

Quanto ao motivo do movimento paredista, como sendo o não pagamento dos honorários médicos, insta apontar o artigo 1º da Lei ora analisada, que imputa aos próprios trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercício do direito e os interesses que devam, por meio dele, defender.

Entretanto, há sempre que se salientar, a questão da responsabilidade pelos atos praticados, decorrentes de ilícitos ou crimes praticados, no curso da greve (artigo 15 da Lei n. 7.783/89), além do fato de que o não pagamento de honorários médicos abre a possibilidade de uma reclamação trabalhista (para empregados celetistas) ou, ainda, ação de cobrança, por intermédio de procedimento cível (para médicos autônomos).

#### DO DIREITO DE GREVE EM FACE DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

A questão da greve em face do Código de Ética Médica já foi objeto de apreciação em processos-consultas anteriores, tendo sempre como princípio basilar o atendimento de urgência e emergência.

Sem sombra de dúvida que o não pagamento de honorários médicos acarreta, per se, a rescisão indireta do contrato. Entretanto, nos parece, neste momento, duvidosa a utilização de movimento grevista, uma vez que os honorários médicos não constituem, em tese, verba trabalhista.

O que seria possível, ao nosso ver, seria a suspensão em definitivo da prestação de serviços, com fixação de um prazo a ser concedido à instituição hospitalar para a substituição dos profissionais, cabendo imediato ajuizamento de ação de cobrança de honorários. A greve é um instituto extremamente específico dos empregados vinculados aos seus empregadores pela CLT, sendo duvidosa sua aplicação no âmbito do trabalhador autônomo, em que pese argumento em contrário, uma vez que a legislação específica e a própria Constituição falar em "trabalhadores". Importante fixar este posicionamento, uma vez que pode ser questionado judicialmente.

Retornando ao Código de Ética Médica, temos a previsão contida no artigo 24 que, ao tratar da suspensão das atividades, em caráter individual ou coletivo, assim prevê:

É direito do médico.

“Artigo 24. Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional o não a remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.”

Na verdade, a briga por melhores condições de trabalho e melhores remunerações é garantida pelo Código de Ética Médica, garantindo-se o atendimento de urgência e emergência. Parece-nos, somente, um pouco restritiva a utilização do termo "remuneração condigna" do serviço prestado contrapondo-se a uma completa "ausência" de remuneração no caso ora analisado.

Contudo, vale dizer que, para o exercício do direito de paralisação, além da garantia do atendimento dos serviços indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, há que se observar a obrigatoriedade, no âmbito ético-legal, de atendimento aos casos de emergência e urgência .

Cumprе ressaltar que somente os Conselhos Regionais de Medicina é que possuem legitimidade para apreciar a greve sob o aspecto ético; à Justiça do Trabalho compete a análise do movimento paredista quanto a sua legalidade.

Há que se considerar, ainda, que existem outros artigos do Código de Ética Médica que, indiretamente, se relacionam com a suspensão das atividades, tais como: Artigo 15 (solidariedade aos movimentos de defesa da dignidade profissional), Artigo 23 (direito do médico de se recusar a exercer sua profissão em instituição sem condições mínimas), Artigos 35 e 36 (que vedam o profissional médico de deixar de atender setores de urgência e emergência e impossibilitam a suspensão da atividade profissional, sem deixar outro médico encarregado, com relação aos pacientes em estado grave).

## II - DA CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, conclui este Departamento Jurídico pela possibilidade de realização de movimento paredista por parte dos profissionais médicos em situação de não recebimento de honorários, com as ressalvas já

amplamente especificadas, alertando que a Lei n. 7.783/89, regulamentadora do exercício do direito de greve, prevê, em seu artigo 13, a necessidade de comunicação prévia aos empregadores e usuários, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas horas).

Qualquer movimento grevista que contrariar os preceitos contidos na Lei específica, ora analisada, constituir-se-á em abuso de direito, sujeitando os responsáveis pelos atos praticados.

É o parecer, s.m.j.

São Paulo, 29 de setembro de 2003.

Oswaldo Pires Simonelli

Departamento Jurídico - CREMESP

PARECER SUBSCRITO PELO CONSELHEIRO KRIKOR BOYACIYAN

APROVADO NA 3.026ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 17.10.2003.

HOMOLOGADO NA 3.029ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 21.10.2003.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

ARTIGO publicado no Jornal do CFM. maio de 1993. p.6.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (Res. CFM n. 1.246/88).

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

COORDENADOR Arnaldo Pinechi de Azeredo Coutinho

LEI FEDERAL n. 7.783/89 de 28/06/89.

MANUAL DE ÉTICA E DEFESA PROFISSIONAL. Sociedade Brasileira de Pediatria.

Comitê de Defesa Profissional. 1995.

PARECER DO CREMESP homologado na 1.403ª reunião plenária realizada em 13.08.90.

PARECER DO CREMESP homologado na 1.403ª reunião plenária realizada em 13.08.90.

PARECER DO CREMESP homologado na 1.475ª reunião plenária realizada em 10.02.92.

SEÇÃO PLENÁRIA. Câmara dos Deputados em 21/11/1988 (Apresentada pela OAB).