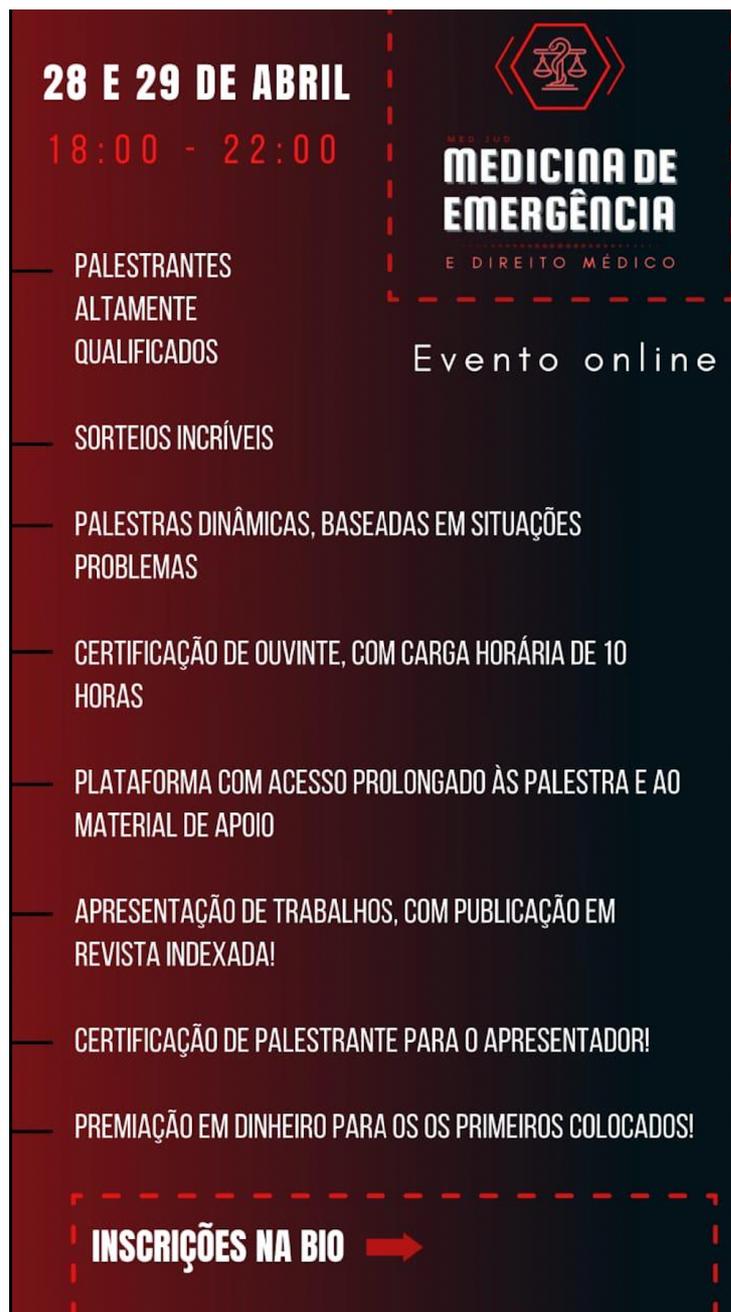


## ANAIIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

**UNIBH- BELO HORIZONTE - MG**



**28 E 29 DE ABRIL**  
**18:00 - 22:00**

**PALESTRANTES  
ALTAMENTE  
QUALIFICADOS**

**SORTEIOS INCRÍVEIS**

**PALESTRAS DINÂMICAS, BASEADAS EM SITUAÇÕES  
PROBLEMAS**

**CERTIFICAÇÃO DE OUVINTE, COM CARGA HORÁRIA DE 10  
HORAS**

**PLATAFORMA COM ACESSO PROLONGADO ÀS PALESTRA E AO  
MATERIAL DE APOIO**

**APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS, COM PUBLICAÇÃO EM  
REVISTA INDEXADA!**

**CERTIFICAÇÃO DE PALESTRANTE PARA O APRESENTADOR!**

**PREMIAÇÃO EM DINHEIRO PARA OS OS PRIMEIROS COLOCADOS!**

**Evento online**

**INSCRIÇÕES NA BIO** 

**BELO HORIZONTE, 28 A 29 DE ABRIL DE 2021**

**ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO  
MÉDICO**

**UNIBH- BELO HORIZONTE - MG**

**PRESIDENTE**

RAFAELA TONHOLLI PINHO

**VICE- PRESIDENTE**

VICTOR ARAÚJO FORTUNA CÂUS

**COMISSÃO ESTRUTURAL**

BÁRBARA CALDEIRA PIRES

LARISSA BARROSO MAYRINK

**COMISSÃO COMUNICAÇÃO**

JOICE RIBEIRO LOPES

**COMISSÃO CIENTÍFICA DE TRABALHOS**

ANA CAROLINA DE SOUZA SOARES

KENYA MENEZES BRASILEIRO

LAURA PORTELOTE SILVA LOPES

**COMISSÃO CIENTÍFICA DE CONTEÚDOS**

GABRIELA GUIMARÃES NOGUEIRA

LETÍCIA MARIA MARCELINO GARIGLIO

TAYNÁ RODRIGUES FREIRE

## **COMISSÃO DE MARKETING**

LARISSA ROCHA ALIPIO DUARTE.

## **COMISSÃO DE RELAÇÕES EXTERNAS**

ISABELLA ABIDALLA DO CARMO

LUIZA PEREIRA CAMPOS

## **COMISSÃO CIENTÍFICA DE TRABALHOS**

**BANCA AVALIADORA**

**PROFISSIONAIS DO DIREITO**

ANA PAULA SILVÉRIO ENES

ARIELE GOMES MENDONÇA

JÚLIA CRISTINA DE SOUZA SOARES

MATEUS ROCHA DE SOUZA

VANESSA DE FÁTIMA TERRADE

## **COMISSÃO CIENTÍFICA DE TRABALHOS**

**BANCA AVALIADORA**

**PROFISSIONAIS DA MEDICINA**

ALUANA REZENDE PAROLA

BRUNO DE MOURA VERGARA

MARCELO MARI DE CASTRO

## **ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO**

### **SUMÁRIO**

<b>RESUMO EXPANDIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
1. A Legitimação Do Direito De Rejeição De Transfusões Sanguíneas Para Pacientes Testemunhas De Jeová Em Contexto Emergenciais: Uma Revisão Integrativa.	1
2. A Residência Médica Sob O Enfoque Da Responsabilidade Civil.	7
3. Análise Da Exigibilidade De Conduta Diversa De Médicos no Atendimento Emergencial De Pacientes Com COVID-19.	12
4. Análise Dos Aspectos Éticos No Cuidado De Potenciais Doadores De Órgãos Na Emergência: Uma Revisão Integrativa De Literatura.	17
5. Análise Ética da Utilização Emergencial De Medicamentos Off-label No Contexto Da Pandemia De Covid-19: Uma Revisão Integrativa.	22
6. Diretrizes Antecipadas De Vontade No Contexto Emergencial Da Pandemia De Covid-19 No Brasil.	28
7. Dissentimento Informado: O Caso Das Transfusões De Sangue Em Testemunhas De Jeová No Contexto De Emergência .	33
8. Implicações Da Falta De Equipamentos De Proteção Individual Para Médicos Da Urgência E Emergência Durante A Pandemia: Um Direito Negado.	38
9. Manejo Do Paciente Pediátrico Com Sinais De Maus-Tratos Na Emergência: Uma Revisão De Literatura.	43
10. O Dever Do Estado na Garantia De Leitos E Recursos Durante A Pandemia De COVID-19.	49

- |   |    |
|---|----|
| 11. Opinião Dos Profissionais De Saúde E Estudantes De Medicina Sobre O Aborto Legal: Uma Revisão Integrativa.                          | 54 |
| 12. Responsabilidade Médica Na Alocação De Recursos Escassos No Contexto Da Urgência E Emergência Durante A Pandemia Da COVID-19 Em MG. | 60 |
| 13. Sigilo Médico: Nuances Da Quebra De Confidencialidade No Contexto Da Emergência.  | 65 |
| 14. Solicitação Da Tutela De Urgência Antecipatória No Brasil: Uma Revisão Integrativa Da Literatura.                                   | 68 |
| 15. Violência Obstétrica No Brasil: Uma Perspectiva Social, Pedagógica E Jurídica.  | 74 |

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## A LEGITIMAÇÃO DO DIREITO DE REJEIÇÃO DE TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS PARA PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ EM

## CONTEXTO EMERGENCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## THE LEGITIMIZATION OF THE RIGHT TO REJECTION BLOOD TRANSFUSIONS OF JEHOVAH'S WITNESS PATIENT IN CONTEXT OF EMERGENCIES: AN INTEGRATIVE REVIEW

**Larissa Leslye Ribeiro<sup>1\*</sup>; Vinicius Paiva Gontijo<sup>2</sup>; Tathiane Francisco Alves<sup>3</sup>;  
Emanoel De Oliveira Araujo<sup>4</sup>; Mariana De Oliveira Rocha<sup>5</sup>; André De Paula  
Viana<sup>6</sup>**

1\* Acadêmica de Medicina. Universidade Brasil – Campus Fernandópolis, 2021. Fernandópolis, SP. larissaleslyer@gmail.com.

2 Acadêmico de Medicina. Universidade Brasil – Campus Fernandópolis, 2021. Fernandópolis, SP. viniciuspgontijo@hotmail.com.

3 Acadêmica de Medicina. Universidade Brasil – Campus Fernandópolis, 2021. Fernandópolis, SP. tathif.alves@gmail.com

4 Acadêmico de Medicina. Universidade Brasil – Campus Fernandópolis, 2021. Fernandópolis, SP. emanoel.araujo.98@gmail.com

5 Acadêmica de direito. Centro Universitário de Jales - SP, 2021. Jales, SP. mariana.rocha1925@gmail.com

6 Bacharel em Direito, Mestre em Ciências Ambientais, Especialista em Direito Médico, Avalista do INEP. Unicastelo. Docente da Universidade Brasil Campus Fernandópolis. Fernandópolis, SP. andre.viana@universidadebrasil.edu.br

\* autor para correspondência: Larissa Leslye Ribeiro; larissaleslyer@gmail.com

**RESUMO: Introdução:** O tratamento emergencial de pacientes Testemunhas de Jeová (pTJ) apresenta-se, ainda, como um dos grandes embates referentes ao campo médico de atuação. Sobre essa circunstância, a transfusão sanguínea é compreendida como uma questão colocada habitualmente em pauta, devido à recusa desse grupo religioso às terapias que envolvam essa prática. O trabalho almeja, portanto, ascender um debate sobre o respeito, por parte de profissionais da medicina, ao indeferimento de transfusões sanguíneas no tratamento de pTJ, abordando respaldos jurídicos e doutrinários referentes ao tema. **Metodologia:** Revisão Sistemática de Literatura, selecionando-se artigos em português e inglês, publicados nos últimos dez anos, em Bases de Dados, revistas científicas, livros acadêmicos e documentações jurídicas, resultando na seleção de vinte trabalhos, analisados e interpretados para constituição de uma sólida base teórica. **Desenvolvimento:** Ainda que, diante de debates, aspectos como o direito à vida e a necessidade de intervenções rápidas sejam levantados, documentos reconhecidos legalmente garantem o respeito às escolhas individuais, alusivas aos valores socioreligiosos, respaldando os pTJ. **Conclusão:** A seguridade da decisão de não haver transfusões sanguíneas em pTJ é garantida judicialmente, devendo haver maior compreensão e aceitação desse direito em atendimentos médicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Testemunha de Jeová; Transfusão Sanguínea; Direito do Paciente; Consentimento Livre; Responsabilidade Legal.

## 1. INTRODUÇÃO

A contextualização da prestação de atendimento com as singularidades de cada paciente é um dos maiores desafios entre os encargos de profissionais da saúde. Dentro desse contexto, o fator religioso desponta como um dos principais critérios de entrave para intervenções emergenciais, padronizadas em condutas generalizadas, sendo necessário haver prudência e respeito aos desejos e direitos legais do cidadão atendido, como a recusa de transfusão sanguínea para pacientes Testemunhas de Jeová (pTJ), um dos mais debatidos empasses para médicos atuantes em áreas de urgência. Ressaltando-se essa esfera de relação do atendimento à saúde, se sob um raciocínio é observada a filosofia socorrista de priorização da vitalidade acima de qualquer condição ou pretexto respaldada pela Constituição Federal (Artigo 5º na abordagem do Direito a vida), por outro é de extrema relevância o entendimento do indivíduo e de seu repertório sociocultural, defendido pelo mesmo dispositivo legal, com respeito a liberdade religiosa e o princípio da Dignidade Humana, devendo ser descartada qualquer ação que contrarie subjetividades do paciente. Sob essa óptica, o trabalho busca elucidar sobre a relevância das decisões e direitos desses pacientes, sobrepondo possíveis estigmas técnicos, ascendendo a valorização do contexto do paciente como um ser biopsicossocial (BRASIL, 1988; CHEHAIBAR, 2010).

## 2. METODOLOGIA

Revisão integrativa realizada por estudantes de medicina da Universidade Brasil de Fernandópolis-SP e do curso de direito do Centro Universitário de Jales-

SP. Os passos do método para esta revisão foram pautados seguindo: a identificação do problema (para o propósito da revisão), a busca da literatura (com a delimitação de palavras-chave, bases de dados e aplicação dos critérios definidos para a seleção dos artigos), e a avaliação analítica dos dados obtidos.

A inspeção dos estudos ocorreu no período de março de 2021. Foi utilizado o facilitador de pesquisa Google Acadêmico, e os critérios de inclusão de material bibliográfico foram: artigos em português e inglês, publicados nos últimos dez anos, que apresentassem em sua discussão considerações sobre o direito do paciente Testemunha de Jeová, a Ética Médica, o direito do médico, bioética e Legislação Vigente STF/CFM/STJ, indexados nas bases de dados BVS e PUBMED.

A concepção deste trabalho demandou, enfim, a utilização de 15 artigos científicos condizentes com as especificidades definidas, desenvolvidos sob contextos e opiniões distintas, compreendendo diversos tópicos relacionados ao eixo principal de pesquisa. Posteriormente à leitura analítica desses artigos, montou-se o objeto de estudo, tencionando a apresentação de aspectos correspondentes à questão norteadora desta revisão.

## 3. RESULTADOS

Considerando-se as publicações selecionadas para a construção desta revisão integrativa da literatura, emergiram sete categorias temáticas, que foram discutidas no presente artigo: a religião como um estilo de vida para os pTJ; o embasamento bíblico utilizado pelos Testemunhas de Jeová frente à negativa de

ISSN: 1984-7688

recebimento de sangue; as Diretivas Antecipadas e Procuração para Tratamento de Saúde como um documento legal; o conflito entre os direitos Fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988; a ampliação dos direitos fundamentais para além do direito à vida, visando garantir a dignidade da pessoa humana, abrangendo valores morais e espirituais na construção de uma vida digna; a visão da bioética e os conceitos bioéticos aplicados nesse cenário; a aceitação pelos profissionais de saúde da decisão do pTJ após um consentimento livre e esclarecido, não representando violação aos direitos fundamentais.

#### 4. DISCUSSÃO

A concepção filosófica das Testemunhas de Jeová valoriza grandemente a vida, e preza a mesma como um presente dado pelo Deus Jeová. Diante disso, vários hábitos compreendidos como nocivos ao corpo não são praticados por esse grupo. No campo das subjetividades, são amplamente conhecidos por não aceitarem transfusões sanguíneas, sustentando a decisão prática por meio de evidências de riscos associados às intervenções médicas que envolvem essa terapia. Contudo, superando estigmas relacionados às decisões atreladas a doutrinas religiosas, de toda a variedade de procedimentos que a ciência médica moderna oferece, as Testemunhas de Jeová recusam-se, unicamente, a aceitarem terapias transfusionais relacionadas ao sangue halogênico ou intervenções de armazenamento do próprio sangue (autólogo) para uso futuro, cabendo a utilização de alternativas cabíveis, como exemplo, o uso do equipamento denominado “Recuperação Intraoperatória de Sangue”, que utiliza o sangue

autólogo no ato cirúrgico para evitar que a perda de volume sanguíneo apresente riscos ao pTJ. Medidas rápidas e eficazes como uma alternativa de atendimento podem ser consideradas fundamentais entre o sucesso e o fracasso de um atendimento a um pTJ. Controle agressivo hemorrágico, gerenciamento de choque e transporte rápido ao hospital são três medidas simples que no atendimento emergencial que resultam em sucesso assistencial ao pTJ (GRANVILLE-CHAPMAN, 2011; JW.ORG, 2021).

Dentro desse contexto, deve ser salientada a notoriedade da existência do documento Diretivas Antecipadas da Vontade (DAV), uma espécie de testamento vital. Trata-se de um documento público, que possui o intuito de exteriorizar a vontade de uma pessoa que esteja no gozo de suas capacidades mentais, disciplinando os cuidados, tratamentos e procedimentos médicos e terapêuticos que deseja, ou não, ser submetido se estiver inconsciente em decorrência de doença ou acidente. As Testemunhas de Jeová portam consigo um documento ao qual são descritos suas vontades e orientações aos tratamentos alternativos intitulado “Diretivas Antecipadas e Procuração para Tratamento de Saúde”, nesse sentindo, com plena capacidade mental, exteriorizam que não desejam receber transfusões de sangue. Ainda, sobre o documento DAV, o 1º Tabelionato de Notas de Curitiba garante respeito. De acordo com esses, “DAV feita por escritura pública gera tranquilidade ao paciente de que a sua vontade será respeitada quando ele não puder mais se manifestar”. No entanto, quando preponderamos o assunto, respeito à vontade do paciente, ainda que exteriorizada, juridicamente, enfrentamos um debate (1TABELIONATO DE NOTAS, 2018; FONSECA, 2011; SENADO FEDERAL, 2020).

Sobre tais elementos, em um recurso extraordinário acerca de um caso concreto envolvendo um pTJ, o ministro Gilmar Mendes, relator, observou que o tema e o debate que o cerca é de “inegável relevância”. A princípio, na esfera em relação ao atendimento à saúde, é observada a filosofia socorrista de priorização da vitalidade acima de qualquer condição ou pretexto respaldada pela Constituição Federal, Artigo 5º na abordagem do Direito fundamental a vida. Em contrapartida, é de extrema relevância o entendimento do indivíduo e de seu repertório sociocultural defendido pelo mesmo dispositivo legal com respeito a liberdade religiosa e o princípio da Dignidade Humana, devendo ser descartada qualquer ação que contrarie subjetividades do paciente. Porém, no que tange aos dois direitos supracitados, a hermenêutica constitucional aponta que deve existir o princípio da concordância prática no qual bens jurídicos constitucionalizados devem coexistir de forma harmônica, sem sacrifício total de um deles (NOVAIS, 2017; BRASIL, 1988; TINGLE, 2017; PORTAL STF, 2019).

Atualmente, na área da saúde, o modelo biopsicossocial e a humanização vêm sendo discutidos frequentemente, ultrapassando antigos modelos relatados, como o paternalista, conduzido sob autoritarismo, e o biomédico, no qual o foco é a doença. O intuito é seguir os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, olhando o ser humano por uma lente holística e considerando-o como um todo e, assim, oferecendo uma melhor assistência à saúde (NOVAIS, 2017; SCHENEIDER, 2019).

Para alcançar os objetivos do modelo biopsicossocial, a relação médico-paciente teve de passar por uma democratização, visando maior compartilhamento de informações do estado de saúde e alternativas de tratamento para o indivíduo tratado. Mostra-se relevante recordar que esse vínculo entre o médico e seu paciente possui aspectos bioéticos, que devem ser preservados e respeitados para um bom atendimento clínico (RAJTAR, 2018; SALSAMEDI, 2019).

A Bioética foi edificada sob a égide dos direitos humanos e foram criados quatro pilares, sendo estes: Princípio da não-maleficência: estabelece que o médico não deve causar, propositalmente, mal ou dano ao paciente. No cenário discutido, os procedimentos de transfusão de sangue em pacientes TJ, poderão desencadear danos de ordem emocional, espiritual e, dependendo dos riscos, físicas. Princípio da beneficência: o médico busca oferecer um benefício ao paciente, ou seja, não basta o médico de abster de fazer o mal. Princípio da autonomia: considerada como o respeito à vontade do paciente, considerando suas decisões, desejos e anseios, permitindo o paciente ter participação ativa no seu processo terapêutico. Princípio da justiça: tem por finalidade assegurar o direito de receber tratamento de saúde e que este seja válido para todos os pacientes, de forma a não haver nenhum tipo de discriminação.

É importante frisar que estes princípios não podem ser analisados separadamente e que eles não se restringem à esfera física, alcançando a esfera mental e emocional (SCHENEIDER, 2019; NOVAIS, 2017).

## 5. CONCLUSÃO

A análise literária permitiu reconhecer a legitimidade dos documentos e argumentos defendidos por pTJ. Dessa forma, profissionais de saúde irão agir sem descumprimento de padrões éticos ou desobediência do Código Civil, preservando assim a autonomia do paciente.

## REFERÊNCIAS

TABELIONATO DE NOTAS. Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), 2018. Disponível em: <http://1tabelionatodenotas.com.br/blog/testamento-vital-ou-diretivas-antecipadas-de-vontade-dav#:~:text=A%20diretiva%20antecipada%20de%20ontade%20%28DAV%29%2C%20tamb%C3%A9m%20chamada,estiver%20inconsciente%20em%20decorr%C3%Aancia%20de%20doen%C3%A7a%20ou%20acidente>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.

CHEHAIBAR, Graziela. **Bioética e crença religiosa: estudo da relação médico-paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue**. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-27082010-142544/publico/GRAZIELAZLOTNIKCHEHAIBAR.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

FONSECA, Ana Carolina. Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová: uma discussão filosófica. **Revista bioética**, Brasília DF, v. 19, n. 2, p. 485-500, set. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621815>. Acesso em: 21 abr. 2021.

GRANVILLE-CHAPMAN, J.; JACOBS, N.; MIDWINTER, M.J. Pre-hospital haemostatic dressings: A systematic review. **Injury**, v. 42, n. 5, p. 447-459, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21035118/>. Acesso em: 21 abr. 2021

JW.ORG. Tratamento Médico, 2021. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/noticias/casos-juridicos/recursos-juridicos/informacao/informacoes-tratamento-medico/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

NOVAIS, Aline. A negativa de transfusão sanguínea por Testemunhas de Jeová e o conflito entre os direitos fundamentais vida e liberdade religiosa: um problema real? **Revista Científica do Curso de Direito**, n. 01, p. 34-51, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rccd/article/view/2701>. Acesso em: 21 abr. 2021.

PINHEIRO, Maria; SPOLIODOURO, Fábio. Transfusão Sanguínea: Autonomia do paciente e suas crenças. **Revista Enfermagem em Evidência On-line**, Bebedouro SP, v. 1, n. 1, p. 1-18, dez. 2017. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/enfermagemem evidencia/sumario/47/30012018144742.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

PORTAL STF. Supremo irá decidir se testemunhas de Jeová podem exigir procedimento médico sem transfusão de sangue. Brasília, 2019. Disponível em:

ISSN: 1984-7688

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=428627>. Acesso em: 21 abr. 2021.

RAJTAR, Małgorzata. Relational autonomy, care, and Jehovah's Witnesses in Germany. **Bioethics**, v. 32, n. 3, p. 184–192, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29369377/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

SALSAMENDI, Carmela. Respeito às diferenças (às crenças religiosas): a autonomia do paciente e a oposição dos seguidores da religião “testemunhas de jeová” quanto à transfusão sanguínea. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 1-19, dez. 2019. Disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/235>. Acesso em: 21 abr. 2021.

SCHNEIDER, Gabriela. **A liberdade religiosa e a vedação de transfusão sanguínea pelas testemunhas de jeová: uma análise de precedentes dos tribunais brasileiros à luz do ordenamento constitucional de 1988. Santa Catarina, 2019.** Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/203296>. Acesso em: 21 abr. 2021

SENADO FEDERAL. **Código Civil e normas correlatas.** Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020.

TINGLE, John. Patient consent and conscientious objection. **British Journal of Nursing**, v. 26, n. 2, p. 118–119, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28132564/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## A RESIDÊNCIA MÉDICA SOB O ENFOQUE DA RESPONSABILIDADE CIVIL

### MEDICAL RESIDENCE FROM THE FOCUS OF CIVIL LIABILITY

**Larissa Cristina Lourenço<sup>1</sup>**

1- Mestranda em Direito nas Relações Econômicas e Sociais pela Faculdade de Direito Milton Campos (FDMC), em Nova Lima, MG, Brasil. Graduada pela mesma instituição, 2019. Especialista em Direito Médico pelo Instituto Paulista de Direito Médico e da Saúde (IPDMS). larissac.lourenco@outlook.com

\* autor para correspondência: Larissa Cristina Lourenço; larissac.lourenco@outlook.com

**RESUMO:** O médico residente está inserido no sistema de aprendizagem e serviços. As ações ou omissões daí decorrentes carecem de especial atenção dos médicos preceptores, mas, frequentemente adentram na esfera jurídica diante da análise de eventual responsabilidade civil. Até o momento, inexistente previsão legal específica sobre a responsabilização decorrente de atos danosos praticados pelos residentes nesse período, especialmente no contexto da urgência e emergência. Objetivou-se demonstrar qual o principal fator possivelmente resultante de sua responsabilização civil. Apresentaram-se as discussões básicas a respeito da responsabilidade desse profissional, depois, examinou-se o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ), sobre o tema no REsp nº 316283. Utilizou-se revisão integrativa através da busca de artigos com acesso gratuito na base de dados Pubmed, publicados entre 2002 a 2020, com os descritores “médico residente” e “responsabilidade”, em inglês, e aplicou-se o método de pesquisa hipotético-dedutivo. Foram encontrados 28 artigos, dos quais 03 foram selecionados após leitura dos títulos e resumos, porque abordavam a temática proposta. Verificou-se que o dever geral de reparação civil é aplicável ao residente, porém, imputável sob graus distintos frente a responsabilidade do médico orientador plenamente qualificado. Nota-se que a submissão ou não do residente às instruções do seu preceptor, poderia resultar na responsabilidade de ambos ou, se de outro modo, apenas do residente como único responsável pelo dano. Logo, a inexistência dessa definição conjunta ou orientada da conduta médica é motivo determinante para responsabilização civil do residente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Médico Residente; Responsabilidade Civil; Preceptores; Orientação Profissional.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a residência médica é disciplinada pela Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, enquanto uma modalidade de pós-graduação destinada para médicos, devidamente habilitados, por meio do treinamento em serviço em determinada especialidade médica, ora promovido por instituições de saúde credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e orientado por médicos preceptores, isto é, normalmente aqueles com elevada experiência na área, assim como qualificação ética e profissional.

Segundo estudo publicado pela Revista CONSENSUS do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2019, haviam 56.255 vagas de residência autorizadas no país, destas, estima-se que 40.333 estavam ocupadas. Além disto, apenas 5% do total dos municípios brasileiros ofertavam Programas de Residência Médica, (CAMPOS; *et al.*, 2019, p.34), os quais, também estão submetidos às necessidades e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ora, a carência na oferta dos Programas, aliada a frequente ociosidade de vagas, podem contribuir para a sobrecarga de trabalho daqueles profissionais já inseridos no sistema, além dos demais fatores externos que influenciam no exercício da profissão, tais como os desgastes emocionais, insuficiência de recursos, bem como obrigações cada vez mais complexas e, conseqüentemente, para o aumento dos riscos de ocorrência de danos aos pacientes durante a assistência à saúde.

A despeito de regular as atividades dos médicos residentes, a referida Lei não trata da responsabilidade pelo resultado danoso proveniente das ações do residente durante a formação. De outro lado, como

regra geral, o Código Civil de 2002, impõe o dever de reparação por ato ilícito, aquele que, voluntariamente, por ação ou omissão, causar dano a outrem.

Importa saber então, se deve haver ou não tratamento diferenciado na imputação da responsabilidade civil do residente que comete ato ilícito em regime especial de treinamento em serviço.

Desse modo, o objetivo desse estudo é demonstrar qual o principal fator capaz de implicar na responsabilização civil do residente.

Em seguida, serão apresentadas as principais discussões encontradas a respeito da responsabilidade desse profissional, além de serem expostas algumas reflexões acerca dos fundamentos que norteiam o entendimento do Superior Tribunal de Justiça no REsp nº 316283 relativo ao tema.

## 2. METODOLOGIA

Para concretização dos objetivos desse trabalho, elaborou-se revisão integrativa da literatura, por meio da busca de artigos científicos na base de dados *online Pubmed*, com os descritores “resident doctor” e “liability”, publicados entre 2002 a 2020, em inglês.

Por fim, empregou-se o método hipotético-dedutivo a partir da pergunta de pesquisa: qual o principal aspecto contribuinte para responsabilização civil do médico residente? Testou-se a hipótese de que a responsabilização do referido profissional se dá principalmente pela ocorrência de danos causados por atos médicos culposos celebrados sem sequer, buscar pelas diretrizes do preceptor.

### 3. RESULTADOS

Foram encontrados 28 artigos e, após a leitura dos títulos e resumos, aplicou-se um critério de inclusão consubstanciado na similitude do trabalho com a temática, razão pela qual, 03 deles foram selecionados para integrar o presente resumo.

Verifica-se que as disposições sobre o dever geral de reparação civil são aplicáveis nesse caso, porém, deve-se modular a ótica de análise, conforme as circunstâncias do ato médico praticado com base em duas características previstas na Lei nº 6.932/1981: treinamento em serviço e ação orientada por profissional plenamente qualificado (médico preceptor). Nota-se que a submissão ou não do residente às instruções do preceptor, poderia resultar na responsabilidade de ambos ou, se de outro modo, apenas do residente como único responsável pelo dano.

### 4. DESENVOLVIMENTO

O Tribunal de Cassação italiano, por meio do Acórdão nº 26311/2019, entendeu que os residentes não atuam nas instituições de saúde apenas executando orientações, mas trabalham prestando atendimento de saúde a pacientes, enquanto médicos licenciados e capacitados para tal, caso contrário, devem manifestar sua recusa em realizar o procedimento, sob pena de não fazendo, responderem integralmente pelos seus atos nesse âmbito. À vista disso, Cioffi (2020, p.01) alerta, em suma, sobre as consequências desse julgamento no campo prático.

Na Itália, os médicos residentes também estão submetidos a orientação de um tutor, o que, intrinsecamente pode revelar uma limitação a sua autonomia, pois devem agir sempre orientados. No entanto, a referida decisão italiana impactou diretamente o comportamento dos residentes na tomada de decisões em proceder ou não determinada tarefa. Esse fato, de forma oposta, implica no reconhecimento de que esse profissional possui autonomia plena para decidir, por isso, corrompe a ideia central dessa modalidade de ensino pautada no binômio “médico / aluno” (*Ibidem*).

Esse cenário, implica em uma dualidade temerosa, já que, se de um lado os profissionais não obedecem às diretrizes podem ser punidos diante do cometimento de falta disciplinar, do outro, provavelmente, seriam condenados em uma ação judicial por erro médico (*Ibidem*).

Tais discussões, indubitavelmente são, foram e continuam sendo apreciadas pelo Judiciário em diversos países. Para Wegman, Stannard, e Bal (2012, p.1.383-1.384), os tribunais dos Estados Unidos (EUA) se questionam quanto ao padrão de atendimento que rege a conduta do residente tendo em vista a ausência de previsão legal, a partir de três óticas distintas: o de um médico generalista razoavelmente competente, o de um especialista ou outra determinação subjetiva que indique o seu nível de treinamento.

Os autores notaram que tal padrão é variável, entende-se, aqui, porém, que inexistente um balizador padronizado na análise da responsabilidade do residente, contudo, nos casos mais recentes, adotaram-se argumentos baseados na condição de potenciais especialistas na medida do seu desenvolvimento na área, sem desconsiderar a necessidade de supervisão, e o equilíbrio entre as especificidades do paciente e a

importância social do treinamento de médicos (*Ibidem*, p. 1.382).

Diante das peculiaridades controversas de cada caso, notadamente face do processo de aprendizagem do residente, sugere-se a adoção da conduta profissional do médico supervisor como “padrão pelo qual o atendimento médico prestado pelo residente pode ser medido” (*Ibidem*, p. 1.384, tradução nossa).

Já de acordo com Gurley, *et al.*, (2018, p. 983), dos 845 casos de negligência médica na medicina de emergência (EM) nos EUA entre 2009 a 2013, 113 tiveram envolvimento de residentes, porém apresentaram percentuais de gravidade mais alta e maiores perdas totais, apesar de resultarem em condenações mais baixas em relação aos casos envolvendo não residentes, o equivalente, portanto, a média de \$ 51.163 contra \$ 156.212 por caso. E, ademais, constataram que as causas desses danos, geralmente, envolviam a ausência de determinadas habilidades técnicas, especialmente nos procedimentos de acesso vascular e espinhais, revelando a importância de uma supervisão ampliada dos residentes durante o atendimento, onde os aspectos relacionados a tomada de decisões refletida no julgamento clínico, a comunicação entre a equipe médica provedora e desta com os pacientes, além da atenção no registro adequado das informações em documentos médicos, são fatores contribuintes mais comuns à ocorrência de danos.

Finalmente, no Brasil, as controvérsias não diferem, pois, infere-se do posicionamento adotado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), no julgamento do REsp nº 316283 em 18 de dezembro de 2001, que os médicos não podem indistintamente serem equiparados, visto que, faz-se necessário considerar as condições pessoais de cada um, assim como as

circunstâncias de cada caso, as quais, de forma alguma serão, idênticas, principalmente diante de outros fatores, tais como, o acesso ou não a tecnologia, recursos, a especialidade, ao hospital de referência e, a participação ou não do residente no procedimento médico como observador.

Assim, haja vista os atributos principais da residência, quais sejam o sistema de aprendizagem e a submissão à supervisão de um médico orientador, o Ministro Ruy Rosado de Aguiar, entendeu por bem que: i) “o médico titular não se exime por ter sido o ato praticado pelo residente sob a sua orientação”; ii) “existe a responsabilidade também do residente, ainda que de menor grau, se praticou com culpa ato médico a que o título de graduação o habilitava” (STJ, 2001).

## 5. CONCLUSÃO

Conclui-se a estipulação do principal fator contribuinte para responsabilização do médico residente perpassa por três balizadores distintos consubstanciados na identificação de um padrão de comportamento de referência, das circunstâncias do caso que exigirão maior ou menor grau de habilitação técnica, e da existência de supervisão suficiente pelo médico orientador.

Nota-se, porém, que os primeiros estão direta ou indiretamente abrangidos pelo último, isto é, a orientação profissional. Isto, impõe a constatação de que a definição conjunta ou orientada da conduta médica é o cerne da imputação do dever de indenizar pelo médico residente, capaz de conduzir, na pior das hipóteses, a uma possível condenação de menor grau. O médico preceptor detém o domínio da especialidade, mas para aquele em processo de aprendizado, a sua

orientação torna-se a própria técnica que ainda lhe falta.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 jan. 2002. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm)> . Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 jul. 1981. Disponível em: <

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6932.htm#:~:text=LEI%20No%206.932%2C%20DE%207%20DE%20JULHO%20DE%201981.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20atividades%20do,Art.>](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm#:~:text=LEI%20No%206.932%2C%20DE%207%20DE%20JULHO%20DE%201981.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20atividades%20do,Art.>)

Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Quarta Turma. Recurso Especial nº 316283. Responsabilidade Civil. Médico. Médico-residente. Acórdão. Recorrente: Eloi Bayer e Outro. Recorrido: Genilto da Silva. Relator: Ruy Rosado de Aguiar. Julgado em: 18 dez. 2001. **Diário de Justiça**, Brasília, DF, 18. mar. 2002, p. 258. Disponível em:

<[https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num\\_registro=200100392911&dt\\_publicacao=18/03/2002](https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200100392911&dt_publicacao=18/03/2002)> . Acesso em: 19 abr. 2021.

CIOFFI, Andrea. Professional autonomy and liability of the resident doctor:: Between the hammer and the anvil. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, ed.

72, p. 1-2, 2020. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101965>. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165088/pdf/main.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

GURLEY, Kiersten L. *et al.* Comparison of Emergency Medicine Malpractice Cases Involving Residents to Nonresident Cases. **Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine**, v. 25, ed. 9, p. 980–986, 2018. DOI <https://doi.org/10.1111/acem.13430>. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acem.13430>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

WEGMAN, Brian *et al.* Medical liability of the physician in training. **Clinical orthopaedics and related research**, [s. l.], v. 470, ed. 5, p. 1379–1385, 2012. DOI <https://doi.org/10.1007/s11999-012-2244-4>. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314772/>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## ANÁLISE DA EXIGIBILIDADE DE CONDUTA DIVERSA DE MÉDICOS NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE PACIENTES COM COVID-19

### ANALYSIS OF THE REQUIREMENT OF DIVERSE CONDUCT OF THE PHYSICIANS IN EMERGENCY CARE OF PATIENTS WITH COVID-19

**Isabella Abidalla do Carmo<sup>1\*</sup>; Larissa Rocha Alipio Duarte<sup>1</sup>; Sarah Elizabeth Costa Guimarães<sup>1</sup>; Wallesca Menezes De Aguiar<sup>1</sup>; Daniela Almeida Tonholli<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG. isabellaabidalla@gmail.com; larissaduarte05@gmail.com; sarahecg@gmail.com; wallescaaguiar@gmail.com

<sup>2</sup>Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. daniela.tonholli@gmail.com

\* Autor para correspondência: Isabella Abidalla do Carmo. isabellaabidalla@gmail.com

**RESUMO:** *A atuação do médico frente aos cuidados ao paciente pode ocasionar a apuração de responsabilidade ética, civil e penal. Em 2020, com a emergência do Sars-Cov-2 no Brasil, foi necessário que especialistas buscassem protocolos para padronização de conduta na atuação frente à pandemia. Ainda assim, surgiram denúncias feitas pelo Ministério Público por negligência médica em atendimentos a pacientes com Covid-19. O presente trabalho visa analisar, de um lado, a exigibilidade que é feita sobre a conduta dos médicos, e, de outro, a razões de suas escolhas ante seus deveres e a liberdade profissional e científica que lhes é garantida. Atendimentos emergenciais oferecem maior probabilidade de acusações contra os médicos, ante o menor tempo de ação e reflexão sobre os casos. Apesar de terem sido estabelecidos protocolos mínimos para o atendimento de pacientes com suspeita e confirmados com Covid-19, existem situações nas emergências que justificam a adoção de condutas diferenciadas, mais adequadas para cada caso concreto. Assim, atendimentos emergenciais de pacientes com COVID-19, bem como nos demais, não podem excluir a liberdade profissional e científica sob pena de prejudicar o próprio paciente, uma vez que um desfecho negativo não implica em uma conduta médica censurável, uma vez que motivações justificáveis baseadas em evidências científicas devem ser consideradas, tais como a exigibilidade de conduta dos médicos de forma inflexível é incompatível com os fatores exógenos imperiosos reais.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Dever médico; Conduta médica; Judicialização da saúde; Emergência por coronavírus; Criminalização da conduta médica.*

## 1. INTRODUÇÃO

A atuação do médico traz implicações no âmbito da responsabilidade ética, cível e criminal, culminando em denúncias aos Conselhos de Medicina, ajuizamento de ações de indenizações e denúncias por parte do Ministério Público pelo cometimento de crimes. Neste contexto, a temática relativa à conduta de profissionais de saúde ante seus deveres e direitos dos pacientes, ganha novos argumentos diante de cenários pandêmicos, com a emergência do SARS-CoV-2 em 2019 (SANTIAGO, 2021) (BRASIL, 2021).

Somado a isso, são noticiadas diariamente as crescentes dificuldades que o Sistema de Saúde do Brasil tem enfrentado para atender aos números crescentes de infectados graves, demandando maior nível de cuidados, uma quantidade cada vez maior de equipamentos especiais, bem como da mão de obra médica especializada (SANTIAGO, 2021)(BRASIL, 2021).

Diante da propagação do SARS-CoV-2 em proporções pandêmicas e com um Sistema de Saúde aquém da capacidade de comportar a população, já são noticiadas denúncias pelo Ministério Público por negligência médica no atendimento à população (SANTIAGO, 2021), o que suscitou a necessidade de protocolos para atuação profissional, a fim de padronizar a conduta diante de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, com o objetivo de minimizar danos ao paciente. O avanço da atuação da Justiça Criminal quanto a tais casos, surge como alerta à comunidade médica quanto aos direitos e deveres em atendimentos emergenciais em contexto pandêmico (SANTIAGO, 2021)(BRASIL, 2021).

O presente trabalho visa analisar deveres ou justificativas que possam existir para os médicos neste cenário ímpar, com vista na

exigibilidade de conduta que tem sido feita desses profissionais e nas razões de suas escolhas ante seus deveres e a liberdade profissional e científica que lhes é garantida (BRASIL, 2021).

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma análise documental consideradas as normas existentes para as condutas médicas, os protocolos estabelecidos oficialmente para o atendimento de Covid-19 e a exigibilidade de conduta na matéria penal, tendo sido essa última uma revisão bibliográfica. Somado a isso, foram feitas consultas a 09 artigos e protocolos sobre Covid-19 selecionados por meio das plataformas Scielo, Pubmed e Medline e complementado com uma busca manual nas listas de referências dos protocolos sobre Covid-19 no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Além de denúncias ao Ministério Público por óbitos ocorridos que há suspeita de negligência médica. Foram incluídos no estudo artigos originais, revisão de literatura, artigos de opinião e documentos técnicos nos idiomas inglês e português. Dentre os critérios de inclusão destacam-se o ano de publicação, variando de 2006 a 2021 e a relevância das publicações.

## 3. RESULTADOS

Após a consulta a normas de protocolos Covid-19, leitura de artigos e notícias de denúncias contra

*e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1 (2021).

Anais do Simpósio de Emergência e Direito Médico. Editora UniBH.  
Disponível em: [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/)

médicos e estudo da matéria penal e normal do Conselho Federal de Medicina (CFM), foi feita uma avaliação crítica sobre a questão da exigibilidade de conduta diversa dos médicos nos atendimentos emergenciais na pandemia por coronavírus, o que possibilitou a revisão sobre diversas situações, bem como acerca de questões exógenas que afetam diretamente a conduta dos médicos frente a atendimentos, confirmando o fato de que muitas vezes a conduta feita pode fugir da que seria a mais adequada em situações normais, não possíveis e justificadas diante desse cenário ímpar atual da pandemia do covid 19.

#### 4. DISCUSSÃO

É sabido que os atendimentos emergenciais oferecem maior probabilidade de acusações contra os médicos, uma vez que oferecem menor tempo de ação, bem como reduz a possibilidade de reflexão, impondo o estabelecimento de padrões de comportamento a fim de se resguardar ante ao risco iminente de óbito do paciente (SOUZA, 2021).

Hoje, apesar de não existir um tratamento consolidado, já existem padrões mínimos e protocolos de conduta para pacientes suspeitos e/ou confirmados para a doença, feitos a partir de evidências técnicas e científicas, para padronização de conduta e melhor atendimento nas Redes de Atenção à Saúde, desde o nível primário ao mais especializado (SAPS, 2020);(SES GOIÁS, 2021).

Contudo, com a disseminação do COVID-19, associado a carência de suporte, há condições de estresse profissional quase permanente e o médico

diante de conflitos acerca da priorização de recursos e redução do aporte instrumental necessário ao trabalho, fatores exemplificados que variam diariamente e de acordo com cada local de prestação de serviço (SOUZA, 2021). Em que pese a possibilidade de um desfecho indesejado, e, conseqüentemente, responsabilização do profissional médico, a difícil tarefa desses profissionais não permite se negarem a prosseguir, o que aumenta os riscos. O que chamamos normalmente de especificidades de cada caso, considerando as particularidades de cada paciente e diferentes estruturas materiais e de recurso humano nos atendimentos médicos, variáveis caracterizariam, no direito penal, os fatores exógenos que justificariam a ação (escolha do médico naquele instante), tornando o que, inicialmente poderia ser exigível, uma conduta inexigível, pois quando a capacidade concreta de agir se torna impossível em virtude de impossibilidade objetiva, a inevitabilidade excluirá o tipo de injusto; quando a capacidade concreta de agir se torna impossível em virtude de condições individuais do agente a inevitabilidade excluirá a culpabilidade (NAHUM, 2001).

A impossibilidade objetiva de agir de uma determinada forma, tornaria o injusto inexigível. Por isso, o juízo de reprovabilidade ficaria excluído e afetaria a culpabilidade. Tratando-se de omissão de um médico, considerado garantidor no direito penal, seu dever de agir decorre do artigo 13, § 2º, a, do Código Penal, em que se diz que a omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância. Por isso, acusar o médico de cometimento de crime por se deduzir sua omissão, sem analisar suas condições de agir concretamente, e as condições específicas de

cada caso e paciente podem levar a uma impossibilidade de atendimento ou forçar à ideia que o atendimento médico devesse ser um atendimento que garantisse um resultado, sendo certo que se trata de meio.

Ainda assim, o fato de existirem protocolos para o atendimento do Covid-19 não pode caracterizar essa exigibilidade, pois o médico só deve e pode agir conforme os protocolos estabelecidos na medida em que quando não houver uma desconformação entre a censurabilidade externo-objetiva do fato e a essência da função de garantidor enquanto médico. Equivale dizer, portanto, que os protocolos devem ser rigidamente cumpridos em um estabelecimento de atendimento munido de todas as condições materiais e humanas ideais para cumprimento de tais protocolos e diante de pacientes que se comportem tal são os sintomas descritos em tais protocolos. Se as condições físicas e materiais não são as ideais e impedem o cumprimento do protocolo estabelecido, ou se o paciente não se apresenta tal qual descrito para autorizar proceder nos protocolos, o médico se volta à sua liberdade profissional e científica e se orienta pela experiência e prática, o que equivaleria à impossibilidade de exigência de uma determinada conduta ante a as circunstâncias que envolvem o fato (NAHUM, 2001).

Assim, a emergência no contexto da COVI-19 acresce à liberdade médica e científica a análise imediata do atendimento realizado ante as polêmicas e fatores que se renovam diariamente. Visto isso, é importante salientar, que os atendimentos emergenciais de Covid-19, como em todos os atendimentos médicos, não podem excluir a liberdade profissional e científica sob pena de prejudicar o próprio paciente. Não apenas a questão de estrutura interfere nessa decisão, mas

também as especificidades de cada paciente (SANTIAGO, 2021)(KROETZ, 2020).

## 5. CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, conclui-se que é possível excluir a responsabilidade penal dos médicos, após análise do caso concreto, sempre que se identificar que as condições físicas e materiais não possibilitaram o cumprimento dos protocolos, ou que a descrição dos sintomas pelo paciente, ou ante o exame físico realizado pelo médico, não estiveram presentes elementos que autorizariam o uso de tais protocolos. Ainda que posteriormente venha a ser confirmado a contaminação por Covid-19, não se pode exigir que o médico sempre aja como se Covid-19 fosse, pois o próprio sistema de saúde não permite essa conduta e os sintomas são diretrizes de identificação de doenças, mas não autorizam o diagnóstico fechado, por si só.

Dessa forma, a existência de um desfecho negativo, como visto em muitas denúncias e notícias, não significa que a conduta do médico seja censurável, uma vez que a atuação do médico tem motivações justificáveis que devem ser consideradas, devendo ser feita uma perícia a fim de justificar tais ações. Assim, a exigibilidade de conduta dos médicos de forma flexível é incompatível com os fatores exógenos imperiosos reais (KROETZ, 2020)(LEVADA, 2020).

## REFERÊNCIAS

ASSIS VIDEIRA CONSULTORIA E ADVOCACIA.  
**Dados e Estatísticas Sobre a Judicialização da**

**Medicina.** Belo Horizonte. 2015. Disponível em: <<https://www.assisvideira.com.br/v2017/content/uploads/2018/08/DADOS-E-ESTAT%C3%8DSTICAS.pdf>>.

Acesso em: 20 mar. 2021.

KROETZ, MARIA CÂNDIDA DO AMARAL. **Covid-19 e caso fortuito ou de força maior na responsabilidade civil extracontratual**, 2020. Disponível em:

<<https://www.conjur.com.br/2020-jun-29/direito-civil-atual-covid-19-fortuito-responsabilidade-civil-extracontratual>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

LEVADA, Filipe Antônio Marchi. **A responsabilidade civil do médico durante a pandemia**, 2020.

Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-abr-30/direito-pos-graduacao-responsabilidade-civil-medico-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

NETO, EUGÊNIO FACCHINI. Responsabilidade médica em tempos de pandemia. **Revista IBERC**, v. 3, n. 2, p. 93-124, 2020. Disponível em: <<https://revistaiberc.responsabilidadecivil.org/iberc/article/view/119>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

NAHUM, MARCO ANTONIO R. **Inexigibilidade de conduta diversa: causa supralegal**. Editora Revista dos Tribunais, 2001. ISBN 85-203-2074-0

SANTIAGO, Abinoan. **Médicos viram réus por homicídio ao ignorarem sintomas de covid em idoso**. 2021. Disponível em:

<<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/02/18/medicos-reus-homicidio-covid-19-idoso-parana.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

**SECRETARIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS)**. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid 19) na atenção primária à saúde. 2021.

Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/1414>

0606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>.

Acesso em: 20 mar. 2021.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS.**

Protocolo de Regulação de Internação e de Urgência e Emergência - COVID-19. Goiás, 2021. Disponível em: <[https://www.saude.go.gov.br/files/regulacao\\_estadual/protocoloderegulacao.pdf](https://www.saude.go.gov.br/files/regulacao_estadual/protocoloderegulacao.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2021.

SOUZA, MARCUS VALÉRIO SAAVEDRA GUIMARÃES DE. **Modalidades de culpa**, 2021. Disponível em:

[http://www.valerosaavedra.com/conteudo\\_6\\_modalidades-de-culpa.html](http://www.valerosaavedra.com/conteudo_6_modalidades-de-culpa.html). Acesso em: 20 abr. 2021.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

# ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS NO CUIDADO DE POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

## ANALYSIS OF ETHICAL ASPECTS IN THE CARE OF POTENTIAL ORGAN DONORS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Rebeca Toledo Caldas<sup>1\*</sup>; Rebeca Freitas Silva<sup>2</sup>; Débora Do Amaral Teixeira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Discente de medicina. Universidade de Itaúna - UI. Itaúna, MG. rebecaldas19@gmail.com

<sup>2</sup> Discente de medicina. Universidade de Itaúna - UI. Itaúna, MG. rebecafreitas70@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Fitopatologia. UFV, 2001. Professora titular da Universidade de Itaúna - UI. Itaúna, MG. deboraamaral@uit.br

\* autor para correspondência: Rebeca Toledo Caldas: rebecaldas19@gmail.com

**RESUMO:** O atendimento de potenciais doadores de órgãos no Departamento de Emergência (DE) suscita dilemas éticos relacionados à realização de manobras, com a finalidade de manter órgãos viáveis para transplantes. Essas questões éticas também estão presentes na decisão familiar quanto à doação, o que pode comprometer o êxito desse processo. Dessa forma, urge avaliar os aspectos éticos do DE e da família nesse contexto. Essa revisão de literatura integrativa consistiu na busca de trabalhos dos últimos 10 anos. Foram selecionados 7 artigos considerados relevantes. Questões éticas são levantadas acerca dos cuidados para com o potencial doador de órgãos, já que são utilizados procedimentos invasivos. Os impasses éticos relacionam-se à dificuldade em definir o limite entre a ressuscitação razoável e a preservação dos órgãos. O DE exerce um papel fundamental na identificação e no encaminhamento de potenciais doadores para departamentos especializados. Porém, os dilemas éticos tangentes ao cuidado do potencial doador podem gerar barreiras para um manejo adequado desse referenciamento, já que sob a ótica do emergencista, seu dever está atrelado à superação da ameaça de morte e não à preservação de órgãos para posterior doação. Por isso, é essencial que o DE seja orientado e esteja articulado com as equipes especializadas em transplantes, inclusive com um suporte de orientação psicológica para acolhimento, com o intuito de que potenciais doadores sejam identificados e os dilemas éticos inerentes a esse contexto no DE sejam mitigados

**PALAVRAS-CHAVE:** Equipe Médica de Emergência; Doação de Órgãos; Ética

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de remoção de órgãos para fins de transplante e tratamento são regulamentados no Brasil pela lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Essa lei determina que a retirada de órgãos *post mortem* deverá ocorrer somente após o diagnóstico de morte encefálica (BRASIL, 1997). As questões referentes aos quesitos éticos desse processo, também devem ser discutidas junto às questões jurídicas associadas, posto que a ocorrência de morte encefálica representa um período de incertezas, insegurança e dor para familiares e amigos (RIBEIRO, *et al.*, 2020).

O processo de doação de órgãos também é complexo na perspectiva dos médicos integrantes do Departamento de Emergência (DE), já que o atendimento a potenciais doadores de órgãos origina dilemas éticos importantes. Esses dilemas estão relacionados especialmente à realização de manobras médicas, cujo objetivo é manter os órgãos do paciente viáveis para transplantes, bem como em relação à falta de conhecimento imediato acerca do posicionamento do paciente e de seus familiares a respeito da doação de órgãos em situações de emergência (PRICE, 2011).

Diante da complexidade dos processos referentes à doação de órgãos, o presente estudo objetivou analisar as questões éticas relacionadas à essa temática e ao DE.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, com a busca norteadas pelas palavras-chave:

"Ethics; Organ donation; Emergency; Care", escolhidas de acordo com os Descritores em Ciência e Saúde e com o Medical Subject Headings Posteriormente, essas palavras-chaves foram aplicadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e à PubMed, onde se destacam as bases de dados Lilacs, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medline. O filtro de trabalhos publicados nos últimos dez anos foi selecionado e foram escolhidos apenas estudos disponíveis na íntegra, nas línguas português, inglês e espanhol. Não foram encontrados na BVS, no entanto, na PubMed, foram encontrados 98 artigos. A partir da análise dos resumos, foram selecionados 19 trabalhos, mais relacionados com a pergunta norteadora, e, pela leitura integral, 7 trabalhos foram selecionados para comporem a análise integrativa de literatura. Foram delineados dois eixos temáticos norteadores para a revisão: i) a assistência médica ao doador no DE; ii) a decisão familiar na doação de órgãos.

## 3. RESULTADOS

Todos os estudos abordaram o primeiro eixo temático, enquanto dois estudos compõem o segundo eixo temático.

### 3.1 EIXO TEMÁTICO 1 - A assistência médica ao doador no DE

O artigo *Organ donation after acute brain death: addressing limitations of time and resources in the emergency department* relata a defasagem do ensino médico em relação às questões éticas. Além disso, também trata de dilemas éticos referentes ao posicionamento dos profissionais frente à frequente incerteza familiar quanto aos desejos dos pacientes

sobre a doação de órgãos e a dificuldade da discussão com as famílias a respeito dessa possibilidade (ROBEY E MARCOLINI, 2013).

Nessa perspectiva, o artigo *Uncontrolled DCD: When should we stop trying to save the patient and focus on saving the organs?* discute a dificuldade do médico emergencista em decidir o momento em que deve ser interrompida a tentativa de ressuscitação do paciente e o início das manobras de preservação de órgãos. Os procedimentos que visam a preservação dos órgãos para doação não devem interferir nas oportunidades terapêuticas de recuperação dos pacientes (DEBALLON E AEIAS, 2018).

O estudo *Cardio-pulmonary resuscitation of brain-dead organ donors: a literature review and suggestions for practice*, retrata o dilema ético envolvido na ressuscitação cardiopulmonar de pacientes que sofreram parada cardíaca e morte cerebral. Esse impasse ocorre pela tentativa de ressuscitação cardiopulmonar com o único intuito de preservação dos órgãos para doação. Essa manobra pode causar danos físicos ao corpo do paciente, dado que pode ser necessário realizar procedimentos agressivos. Além disso, essas manobras podem provocar riscos psicológicos para os profissionais da saúde envolvidos, bem como para os familiares do possível doador (AVE, *et al.*, 2016).

O artigo *Donation After Cardiac Death and the Emergency Department: Ethical Issues*, também desenvolve a temática do papel fundamental do médico emergencista no processo de encaminhamento dos potenciais doadores de órgãos. No entanto, também salienta as questões éticas atreladas ao fato de que o médico emergencista pode tornar-se relutante frente à possibilidade de preservar apenas os órgãos e não a

vida do potencial doador (SIMON; SCHEARS; PADELA, 2013).

As questões tangentes à ventilação eletiva e os embates éticos concernentes a essa intervenção médica, no que se refere principalmente à legislação inglesa e a doação de órgãos, são contextualizadas no artigo *Elective ventilation for organ donation: law, policy and public ethics*, onde o autor chama atenção para a dissonância existente entre o que a lei prevê e o que é eticamente mandatório nesse cenário (COGGON, 2012).

Já o estudo *Extracorporeal life support and multiorgan donation in a severe polytrauma patient: A case report*, aborda o relato de caso de um paciente com severos politraumas. Nesse caso, o suporte de vida extracorpóreo propiciou a doação de múltiplos órgãos. Embora traga esse benefício, o procedimento traz dilemas éticos principalmente relativos à aplicação dessa ferramenta para a preservação dos órgãos em detrimento da vida do paciente (BALSARANO *et al.*, 2015). Essa dificuldade de traçar um limite entre os cuidados paliativos e a preservação dos órgãos do potencial doador foi um dilema ético discutido no trabalho *Ethical Challenges and the Donation Physician Specialist: A Scoping Review*. O estudo salientou a importância do DE nos índices de doação e a importância de entender os embates éticos concernentes à doação de órgãos nesse setor (MACDONALD E SHEMIE, 2017).

### **3.2 EIXO TEMÁTICO 2 - A decisão familiar na doação de órgãos.**

O estudo *Ethical Challenges and the Donation Physician Specialist: A Scoping Review*, salienta a importância do profissional da saúde possuir

*e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1 (2021).

Anais do Simpósio de Emergência e Direito Médico. Editora UniBH.  
Disponível em: [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/)

competência cultural para que haja respeito para com as crenças dos familiares. Além disso, os autores também apontam a importância de que as necessidades dos familiares sejam balanceadas com a autonomia do potencial doador (MACDONALD E SHEMIE, 2017).

No que concerne aos familiares do doador, a utilização de técnicas que afetem a integridade corporal do ente falecido pode ser geradora de angústia, principalmente quando algum membro da família estiver presente no momento da parada cardíaca. Nesses casos, o acompanhamento dos procedimentos para a preservação dos órgãos pode ser bastante aflitivo (AVE, 2016).

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com Greene (2012), o DE tem o seu funcionamento voltado para a resolução de agravos de saúde súbitos e que demandam manejo médico rápido. Por isso, essas características dificultam a inserção do setor no sistema de doação de órgãos, haja vista o pouco tempo existente para avaliar o que pode ser feito caso os esforços para salvar a vida do paciente não obtenham sucesso.

Nesse cenário, ocasionalmente, o médico emergencista precisa definir se realizará procedimentos intensivos não terapêuticos para a preservação de órgãos. Dentre os dilemas éticos, ressalta-se a não beneficência, uma vez que esses cuidados são realizados para benefício de terceiros e não do paciente em questão. Porém, a utilização de técnicas para a preservação de órgãos pode ser benéfica ao doador se essa doação representar o

respeito à sua autonomia, ou seja, caso o paciente tenha declarado em vida o seu interesse em ser um doador de órgãos póstumo (BAUMANN *et al.*, 2013).

Deve-se levar em consideração o conflito psicológico dos profissionais envolvidos, visto que a prática médica prioriza o cuidado do paciente ou as ações paliativas nos casos de fim de vida. No entanto, no contexto da doação de órgãos, esse cuidado tem que ser voltado à preservação dos órgãos, o que pode gerar um conflito moral para os profissionais e induzi-los ao sofrimento psicológico (AVE, *et al.*, 2016).

Outros estudos, como o de McCallum *et al.* (2019), corroboram o importante papel que o DE pode desempenhar no processo de doação de órgãos. Essa importância reside no fato de que, não raramente, potenciais doadores não são transferidos para as equipes de retirada de órgãos, principalmente pelas falhas de referenciamento e pelo entendimento errôneo acerca dos critérios de elegibilidade dos potenciais doadores. Por esse motivo, é importante que o DE esteja ciente dos protocolos de referenciamento, com o intuito de não perder potenciais doadores, como também evitar os possíveis embates éticos inerentes à doação de órgãos.

#### 5. CONCLUSÃO

A bibliografia levantada evidencia que a doação de órgãos ainda suscita muitos dilemas éticos no DE. Esses dilemas estão intimamente relacionados com a dificuldade do médico emergencista traçar um limite entre o cuidado para com o paciente e para preservação ideal dos órgãos. É importante ressaltar que o DE possui também papel importante no

processo, especialmente na identificação dos potenciais doadores e no referenciamento para equipes mais qualificadas. Por essa razão, também é imprescindível que as equipes de emergência trabalhem em conjunto com as equipes especializadas em doação de órgãos. Improdutivo tentarmos resolver a burocracia envolvida na doação de órgãos e sua viabilização técnica, se deixarmos em segundo plano a questão da humanização no acolhimento aos familiares e o suporte psicológico, aos mesmos e a equipe envolvida nesses processos.

## REFERÊNCIAS

- AVE A. L. D.; GARDINER D.; SHAW D. M. Cardiopulmonary resuscitation of brain-dead organ donors: a literature review and suggestions for practice. **Transplant international**, Lausanne, v. 29, p. 12-19, 2016.
- BALSORANO, P. *et. al.* Extracorporeal life support and multiorgan donation in a severe polytrauma patient: A case report. **Int J Surg Case Rep**, Florence, v. 9, p. 109-111, 2015.
- BAUMANN, A. *et al.* Elective non-therapeutic intensive care and the four principles of medical ethics. **J Med Ethics**, Nancy, v.39, p.139-142, 2013.
- BRASIL. Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm). Acesso em: 5 mar. 2021.
- COGGON, J. Elective ventilation for organ donation: law, policy and public ethics. **J Med Ethics**, Southampton, v. 39, n. 3, p. 130-134, 2013.
- DEBALLON, I.O.; AEIAS, D.R. Uncontrolled DCD: when should we stop trying to save the patient and focus on saving the organs? **Hastings Center Report**, v. 48, p. 33-35, 2018.
- GREENE, J. Organ Donation in the Emergency Department. **Annals of Emergency Medicine**, v. 59, n. 4, p. 19-21, 2012.
- MACDONALD, S. I.; SHEMIE, S. D. Ethical challenges and the donation physician specialist: A scoping review. **Transplantation**, v. 101, n. 5, p 27-40, 2017.
- MCCALLUM, J. *et al.* Solid organ donation from the emergency department – A systematic review. **Canadian Association of Emergency Physicians**. v. 21, p. 626-637, 2019.
- PRICE D. End-of-life treatment of potential organ donors: paradigm shifts in intensive and emergency care. **Medical Law Review**. v. 19, p. 86-116, 2011.
- RIBEIRO K. R. A. *et al.* Morte encefálica e o processo de doação de órgãos: uma atenção ao familiar. **Rev Fun Care Online**. v. 12, p. 190-196, 2020.
- ROBEY, T.E.; MARCOLINI, E.G. Organ donation after acute brain death: addressing limitations of time and resources in the emergency department. **Yale Journal of Biology and Medicine**, Waterbury, v. 86, p. 333-342, 2013.
- SIMON, J. R.; SCHEARS, R. M.; PADELA, A. I. Donation After Cardiac Death and the Emergency Department: Ethical Issues. **Society for Academic Medicine**, Chicago, v. 21, n. 1, p. 79-85, 2014.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

# ANÁLISE ÉTICA DA UTILIZAÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAÇÕES OFF-LABEL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## ETHICAL ANALYSIS OF EMERGENCY USE OF OFF-LABEL DRUGS IN THE COVID-19 PANDEMIC CONTEXT: AN INTEGRATIVE REVIEW

Livia Pereira de Souza<sup>1\*</sup>; Igor Rodrigues Mendes<sup>1</sup>; Larissa Santos Jacovine<sup>1</sup>;  
Talita Rossi Botim<sup>1</sup>; Wilmara Lopes Fialho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduando(a) em medicina. Universidade Federal de Viçosa. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Medicina e Enfermagem. Estudante de medicina. Viçosa, Minas Gerais. E-mail livia.p.souza@ufv.br; igor.r.mendes@ufv.br; larissa.jacovine@ufv.br; talita.botim@ufv.br.

<sup>2</sup> Médica de Família e Comunidade. Universidade Federal de Viçosa. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Medicina e Enfermagem. Docente. Viçosa, Minas Gerais. E-mail: wilmara.fialho@ufv.br

\* autor para correspondência: Livia Pereira de Souza, livia.p.souza@ufv.br

**RESUMO:** *Introdução: A pandemia da COVID-19 evidenciou mundialmente o uso emergencial de medicações off-label, sobretudo pela indisponibilidade de terapêuticas comprovadas para a afecção. Objetivos: Devido às potenciais complicações e malefícios à saúde, objetivou-se analisar tal uso do ponto de vista ético. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa em que foram buscadas nas bases PubMed, Embase e Cochrane publicações sobre a utilização emergencial de medicações off-label na pandemia do COVID-19. Os critérios de inclusão: artigos e notas técnicas completos, publicados entre janeiro de 2020 e março de 2021. Resultados: Encontrou-se 6 estudos que avaliam o uso de diferentes medicações, como hidroxicloroquina, cloroquina e antibióticos macrolídeos. Discussão: Os trabalhos discorrem sobre a potencial utilidade do uso emergencial de medicações off-label na pandemia atual, já que nenhuma terapia foi aprovada. Porém, ressaltam preocupações quanto à segurança, efeitos adversos, escassez no mercado e seleção de patógenos resistentes. Tais questões perpassam pela discussão ética do risco-benefício em se utilizar medicações sem comprovação científica. Sendo esta a única opção, uma postura ética requer consentimento e explanação das evidências disponíveis, abstendo-se de garantir benefício não comprovado. Conclusão: Medicações off-label tem seu uso pautado em critérios não rigorosos e o profissional deve prezar pela conduta ética, sob pena de decretar ao paciente um tratamento onde os riscos superem os benefícios.*

**PALAVRAS-CHAVE:** uso off-label; bioética; emergências e infecções por coronavírus.

## 1. INTRODUÇÃO

Quando a circulação do SARS-CoV-2, causador da COVID-19, foi decretada pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, não havia nenhum medicamento específico direcionado ao novo vírus, tampouco protocolos para orientar o manejo de pacientes com a doença. Porém, a ciência já conhecia inúmeros outros vírus causadores de doenças na humanidade, para os quais muitas medicações já eram e ainda são utilizadas com sucesso.

Sabia-se, também, que compostos antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) e anti-helmínticos (ivermectina, nitazoxanida e niclosamida) inibiram fortemente a replicação de uma variedade de vírus de RNA e DNA em ensaios de triagem baseados em cultura celular (PAUMGARTTEN *et al.*, 2020). Nesse contexto, sobretudo pela indisponibilidade de terapêuticas cientificamente comprovadas para a afecção, pensou-se no potencial uso dessas e de outras medicações para tratamento da COVID-19, evidenciando-se mundialmente o uso emergencial off-label dessas drogas.

O uso de medicamentos off-label caracteriza-se pelo conhecimento das principais características terapêuticas e efeitos adversos, baseando-se no uso prévio para outras indicações já aprovadas. Porém, no uso off-label, essas medicações não têm eficácia

demonstrada para uma nova indicação, como ocorre no caso da COVID-19, não podendo, portanto, ser assegurada (PAUMGARTTEN & OLIVEIRA, 2020). Isso se dá pelo fato de que, mesmo que algumas medicações sejam direcionadas para tratamento de outras infecções virais com sucesso, não necessariamente significa que elas funcionarão contra o SARS-CoV-2, uma vez que vários fatores intrínsecos da constituição viral influenciam no mecanismo de ação e eficácia do medicamento.

Desse modo, para a confirmação da eficácia de um medicamento, é necessário conduzir ensaios clínicos direcionados e de alto rigor científico, o que, no atual panorama, confronta o impasse da rápida disseminação viral, morbimortalidade da pandemia e indisponibilidade de vacinação para a população geral. Tendo em vista esse delicado contexto, a discussão do uso de medicação off-label ganhou destaque nos cenários de cuidado à saúde e, também, nas mídias sociais.

Tal uso pode submeter o paciente a potenciais complicações e malefícios à saúde, principalmente aqueles em cuidados de urgência e emergência, que já estão com estado de saúde mais fragilizado. Portanto, o objetivo deste trabalho é analisar a utilização de medicações off-label sob o pilar ético, no contexto da pandemia da COVID-19.

## 2. METODOLOGIA

O trabalho se trata de uma revisão integrativa na qual foram buscadas publicações sobre a utilização emergencial de medicações off-label na pandemia da COVID-19. Para a seleção das referências, foram consultadas as bases PubMed, Embase e Cochrane utilizando-se os descritores: off-label, urgency, emergency, ethic\*, bioethic e Covid-19. Os termos foram cruzados utilizando os operadores booleanos AND e OR. A seleção dos trabalhos foi feita por todos os autores do presente estudo. Os critérios de inclusão foram: artigos e notas técnicas completos, publicados em periódicos científicos indexados de janeiro de 2020 até março de 2021 de circulação on-line. Os critérios de exclusão foram: artigos com tema divergente do proposto ou não publicados.

## 3. RESULTADOS

Na busca inicial, nove estudos foram encontrados, sendo selecionados seis por meio dos critérios de inclusão e exclusão supracitados. A Tabela 1 apresenta o título dos estudos com seus respectivos autores e tipo de metodologia utilizada.

Foram selecionadas 3 revisões narrativas, 1 revisão integrativa, 1 nota técnica e 1 estudo observacional transversal. Este último foi realizado na China em fevereiro de 2020, de forma *on-line*, e contou com a participação de 1110 indivíduos.

Todos os artigos foram publicados no ano de 2020, em língua inglesa. Os trabalhos analisaram diferentes medicações, tais como hidroxiquina (HCQ), azitromicina (AZM), cloroquina (CQ) e remdesivir. Questões éticas relacionadas à realização de pesquisas científicas com medicações off-label e o uso destas para tratamento da COVID-19 durante a pandemia também foram analisadas pelos artigos selecionados.

**Tabela 1:** Artigos selecionados para a revisão: autores, título e metodologia do estudo.

Autores	Título	Método do estudo
Abena PM, <i>et al.</i>	Chloroquine and Hydroxychloroquine for the Prevention or Treatment of COVID-19 in Africa: Caution for Inappropriate Off-label Use in Healthcare Settings.	Revisão narrativa
Dang A, <i>et al.</i>	Hydroxychloroquine and Remdesivir in COVID-19: A critical analysis of recent events.	Revisão narrativa
Hashem H, <i>et al.</i>	Obstacles and Considerations Related to Clinical Trial Research During the COVID-19 Pandemic.	Revisão integrativa
Li HT <i>et al.</i>	Patients' Attitudes to Unproven Therapies in Treating COVID-19 Merit Evaluation.	Estudo transversal
Paumgarten FJR, <i>et al.</i>	Off label, compassionate and irrational use of medicines in Covid-19 pandemic, health consequences and ethical issues.	Revisão narrativa
Stolbach AI, <i>et al.</i>	ACMT Position Statement: Off-Label Prescribing during COVID-19 Pandemic.	Nota técnica

Fonte: produzido pelos autores

#### 4. DESENVOLVIMENTO

Os trabalhos discorrem sobre a potencial utilidade do uso emergencial de medicações off-label na pandemia atual, uma vez que nenhuma terapia foi aprovada até o momento. Porém, ressaltam preocupações quanto à segurança do uso e os efeitos adversos. Ao analisar a HCQ e CQ, que vêm sendo utilizada de forma off-label em diversos países na profilaxia e tratamento da infecção pelo COVID-19, Paumgarten *et al.* (2020) destaca, por exemplo, o risco potencial dessas drogas gerarem sequelas oftalmológicas e desordens cardíacas graves e irreversíveis.

Outro ponto refere-se à escassez de certas drogas no mercado devido à super utilização off-label, o que desencadeia altos preços e falsificações, especialmente em países com sistema de monitoramento frágil. Tal quadro prejudica, principalmente, os portadores de doenças cujo tratamento utiliza essas medicações de forma eficaz. Stolbach *et al.* (2020) ressalta, por exemplo, que pessoas com doenças autoimunes estão tendo dificuldade em encontrar HCQ, droga que comprovadamente auxilia no controle desse tipo de patologia.

Ademais, Abena *et al.* (2020) aponta a possível seleção de microrganismos resistentes pelo uso indiscriminado de certos antimicrobianos. Ressalta, por exemplo, que

a utilização excessiva de antimaláricos, como a CQ, poderia selecionar *Plasmodium falciparum* resistentes à essas medicações no continente africano, prejudicando o tratamento de malária nessa região. Já em relação ao uso da AZM, Paumgarten *et al.* (2020) destaca a irracionalidade da utilização de uma medicação para o combate de bactérias no tratamento de uma infecção viral, como a do COVID-19.

Outro ponto levantado pelos artigos refere-se as pesquisas realizadas atualmente para avaliação da eficácia de medicações contra o COVID-19. Hashem *et al.* (2020) ressaltam que a pandemia provocou um aumento sem precedentes da quantidade de pesquisas. Tal quadro gera preocupações éticas, pois padrões científicos rigorosos estão sendo contornados para alcançar resultados, o que leva a conclusões equivocadas e afeta o desenho de diferentes estudos posteriores.

Tais questões perpassam pela discussão ética do risco-benefício em se utilizar medicações sem comprovação científica e com potencial toxicidade, considerando-se especialmente os cenários de gravidade dos pacientes na emergência. Nesse impasse, aqueles que defendem o uso de drogas off-label, o fazem com a prerrogativa de que os ensaios clínicos randomizados postergam evidências concretas. Portanto, violam a ética utilitarista, que defende uma felicidade máxima e, por conseguinte, privilegia o prazer à dor, evitando o sofrimento do indivíduo. Por outro lado, a ética deontológica, na vertente Kantiana, ampara a concepção de que uma ação deve ser tomada se ela puder ser tida como universal, ou seja, aplicada a todos. Tomando essa ideia como base, é priorizada a noção de que se tenham estudos aplicáveis à maioria e, também, mais rígidos acerca dos potenciais

benefícios, portanto, mais seguros para determinar as condutas em saúde (LI *et al.*, 2020; SANDEL, 2015).

Sendo a utilização de drogas off-label a única opção, uma postura ética requer consentimento e explanação das evidências disponíveis, abstendo-se de garantir benefício não comprovado. Entretanto, Paumgarten *et al.* (2020) destaca que o consentimento do paciente para utilização de uma droga sem eficácia comprovada não abstém o médico da responsabilidade por qualquer prejuízo ao paciente. Além disso, segundo a bioética da proteção, corrente criada Fermin Roland Schramm, para se considerar a autonomia do indivíduo deve-se levar em consideração sua capacidade de exercer esta autonomia (SCHRAMM, 2008). Assim, questiona-se se os pacientes são adequadamente orientados e informados sobre os riscos e sobre a falta de benefícios comprovados. Tudo isso corrobora com a ideia de que o consentimento do paciente não exime o médico da responsabilidade.

Ressalta-se que essa revisão integrativa apresenta algumas limitações, dentre elas a escassez de estudos destinados à temática da utilização ética de medicações off label e a ausência de estudos com alto grau de evidência. Portanto, são necessários mais trabalhos sobre essa temática para que o assunto seja analisado de forma mais adequada e abrangente.

## 5. CONCLUSÃO

O contexto incerto da pandemia de COVID-19 gerou insegurança entre os profissionais de saúde e a população, que clamam por uma solução rápida para o problema. As medicações off-label tem o seu uso pautado em critérios não rigorosos e a utilização

*e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1 (2021).

Anais do Simpósio de Emergência e Direito Médico. Editora UniBH.  
Disponível em: [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/)

dessas drogas, nessa circunstância, pode acarretar uma série de adversidades, tanto para o paciente quanto para a comunidade. Por isso, o profissional deve prezar pela conduta ética, ainda que no contexto pandêmico, sob pena de decretar ao paciente um tratamento onde os riscos superem os benefícios.

## REFERÊNCIAS

- ABENA, P. M.; DECLOEDT, E. H.; BOTTIEAU, E.; SULEMAN, F.; ADEJUMO, P.; SAM-AGUDU, N. A.; MUYEMBE TAMFUM, J-J; SEYDI, M.; EHOIE, S. P.; MILLS, W. J.; KALLAY, O.; ZUMLA, A.; NACHEGA, J. B. Chloroquine and Hydroxychloroquine for the Prevention or Treatment of COVID-19 in Africa: Caution for Inappropriate Off-label Use in Healthcare Settings. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v.102, n.6, p.1184-1188, 2020.
- DANG, A.; VALLISH, B. N.; DANG, S. Hydroxychloroquine and Remdesivir in COVID-19: **A critical analysis of recent events. Indian Journal of Medical Ethics**, v.V, n.3, p.202-207, 2020.
- HASHEM, H.; ABUFARAJ, M.; TBAKHI, A.; SULTAN, I. Obstacles and Considerations Related to Clinical Trial Research During the COVID-19 Pandemic. **Frontiers in Medicine (Lausanne)**, v.7, p.598038, 2020.
- LI, H. T.; CHENG, Z. H.; HUANG, Y. Y.; LV, X. L.; ZHOU, Y. B.; DONG, E.; LIU, J. M. Patients' Attitudes to Unproven Therapies in Treating COVID-19 Merit Evaluation. **The Innovation**, v.1, n.2, p. 100064, 2020.
- PAUMGARTTEN, F. J. R.; DELGADO, I. F.; PITTA, L. R.; OLIVEIRA, A. C. A. X. Drug repurposing clinical trials in the search for life-saving Covid-19 therapies; research targets and methodological and ethical issues. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) –Visa em Debate**, v.8, n.2, p.39-53, 2020.
- PAUMGARTTEN, F. J. R.; OLIVEIRA, A. C. A. X. Off label, compassionate and irrational use of medicines in Covid-19 pandemic, health consequences and ethical issues. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.9, p.3413-3419, 2020.
- SANDEL, M. J. **Justiça – o que é fazer a coisa certa**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015, 349 p.
- SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v.16, n.1, p.11-23, 2008.
- STOLBACH, A. I.; MAZER-AMIRSHAHI, M.; MARINO, R.; NELSON, L. S.; SUGARMAN, J. ACMT Position Statement: Off-Label Prescribing during COVID-19 Pandemic. **Journal of Medical Toxicology**, v.16, p.342-345, 2020.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## DIRETRIZES ANTECIPADAS DE VONTADE NO CONTEXTO EMERGENCIAL DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

### LIVING WILL IN THE EMERGENCY CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC IN BRAZIL

**Elisa Duarte Paiva<sup>1\*</sup>; Clarice Roman Nascimento e Silva<sup>1</sup>; Felipe Zampirolli Dornas de Oliveira<sup>1</sup>; Fernanda Lio Rocha Camargo<sup>1</sup>; Gustavo Chaves de Almeida<sup>1</sup>, César Teixeira Castilho<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmicos de Medicina. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, 2021. Belo Horizonte, Brasil. elisadpaiva7@gmail.com; clarice\_nascimento@outlook.com; zdo Felipe@gmail.com; fernandalrcarmargo@gmail.com; gustavochalmeida8@gmail.com.

<sup>2</sup>Docente da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e da Universidade Federal de Minas Gerais, Educador Físico e Psicólogo, castcesarster@gmail.com

\* autor para correspondência: Elisa Duarte Paiva, elisadpaiva7@gmail.com

**RESUMO: Introdução:** As diretrizes antecipadas de vontade (DAV) constituem um documento que atesta as vontades do paciente quanto ao seu tratamento médico, em caso de doenças terminais ou acidentes graves. A pandemia de COVID-19 evidenciou a importância desse documento e a necessidade de uma regulamentação sobre as DAV. **Objetivos:** Discutir a importância das DAV no contexto de pandemia de COVID-19 no Brasil e evidenciar a necessidade de uma legislação própria. **Metodologia:** Revisão integrativa, utilizando-se das bases de dados Scielo e PubMed, em português, entre os anos 2011 e 2020. **Resultados:** Os artigos analisados mostraram que, apesar de recomendado pelo Conselho Federal de Medicina, ainda não há, no Brasil, nenhuma regulamentação sobre as DAV. Por isso, o testamento vital não é de amplo conhecimento e uso da população geral, deixando, na maioria dos casos, as decisões sob responsabilidade do médico, não respeitando a vontade do paciente. A pandemia de COVID-19 intensificou a imprevisibilidade da finitude da vida, evidenciando a relevância das DAV. **Conclusão:** A pandemia de COVID-19 evidenciou a urgência de uma regulamentação jurídica sobre as DAV, no Brasil, para auxiliar o trabalho médico e garantir as vontades do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Testamentos quanto à vida; Pandemia; Infecções por Coronavirus; Ética médica.

#### 1. INTRODUÇÃO

As diretrizes antecipadas de vontade (DAV) constituem um documento que atesta as vontades do paciente

quanto ao seu tratamento médico, em caso de doenças terminais ou acidentes graves. Igualmente conhecida como testamento vital, essa declaração é efetivada quando o paciente se torna incapaz de expressar suas decisões, assegurando a autonomia individual no enfrentamento da finitude da vida (COGO; LUNARDI, 2015; JOSÉ, 2019).

O contexto de pandemia de COVID-19 evidenciou, sobremaneira, a relevância do testamento vital, bem como a inevitabilidade de uma legislação específica sobre as DAV (INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA, 2021).

O objetivo do trabalho é analisar artigos científicos que abordem o tema, para discutir a importância das DAV no contexto de pandemia de COVID-19 e evidenciar a necessidade de uma regulamentação específica sobre esse documento no Brasil.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, baseada em artigos científicos encontrados nas bases de dados *Scielo* e *PubMed*. Foram incluídos estudos em português, publicados entre os anos 2011 e 2020 e que abordavam o tema pesquisado.

## 3. RESULTADOS

Segundo dados divulgados pelo Colégio Notarial da Brasil seção São Paulo (CNB-SP), o número de registros de DAV aumentou de 35 em 2008 para 232

em 2012. Em 2020, no contexto da pandemia do Coronavírus, foram 549 documentos. Apesar do crescimento, são índices baixos que demonstram, entre outros fatores, como a doença e a morte ainda são tabus na sociedade brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA, 2021).

Em termos comparativos, em países onde o testamento vital já é regulamentado, o número de documentos registrados é bem mais expressivo. Por exemplo, Portugal, onde em 2019 foram registrados 24.400 testamentos vitais, com uma população quatro vezes menor que a do estado de São Paulo (DADALTO, 2016).

Tabela 01 – Legislações sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade pelo mundo.

PAÍS	LEGISLAÇÃO	COMO FUNCIONA?
Brasil	Ausente	As DAV são validadas pela resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina.
Estados Unidos	1991 – Lei de autodeterminação do paciente.	Lei federal que reconhece o direito à autodeterminação do paciente e que estabeleceu as DAV como documento de manifestação de vontade para tratamentos médicos.
Espanha	2002 – Lei 41/02 de instruções prévias.	A lei espanhola apresenta a diretiva antecipada, com a possibilidade de

		<p>conter o mandato duradouro, ou seja, o paciente define suas preferências e pode nomear um representante para que, quando aquele estiver impossibilitado de manifestar sua vontade, este terceiro possa fazê-lo em nome do paciente.</p>
Portugal	2012 - Lei n.º 25 promulgada no dia 16 de julho.	<p>Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital.</p>
Itália	2017 – Lei nº 2801.	<p>Foram mais de dez anos de discussão para que o texto da legalização fosse aprovado na Itália. A lei determina que a vontade de um paciente com uma doença incurável em relação a</p>

		<p>cuidados paliativos deve prevalecer sobre a do médico e a da família.</p>
México	2008 – Lei de Vontade Antecipada.	<p>Regulamentação que possibilita ao paciente a recusa de submeter-se a meios, tratamentos e/ou procedimentos médicos que pretendam prolongar desnecessariamente a vida, protegendo a dignidade humana quando for impossível manter a vida naturalmente.</p>
Porto Rico	2001 – Lei nº 16.057.	<p>Primeiro país da América Latina que permite aos maiores de 21 anos em pleno gozo de suas faculdades mentais declarar-se sobre os tratamentos aos quais querem ou não ser submetidos quando em condição terminal ou em estado vegetativo persistente. Possibilita ainda nomear procurador.</p>

Fonte: COGO; LUNARDI, 2018; DADALTO, 2016; MONTEIRO; JÚNIOR, 2019.

*e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1 (2021).  
Anais do Simpósio de Emergência e Direito Médico. Editora UniBH.  
Disponível em: [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/)

A tabela acima elucida o contexto mundial sobre a legislação das DAV, evidenciando que o Brasil ainda está muito ultrapassado acerca desse assunto em relação a outros países. É possível perceber que tanto países e territórios desenvolvidos, como Itália, Portugal, Espanha e Estados Unidos, quanto em desenvolvimento, como México e Porto Rico, possuem regulamentações federais sobre as DAV, enquanto o Brasil não as possui.

#### 4. DISCUSSÃO

Em 2020, a sociedade contemporânea enfrentou mudanças acentuadas em diversos âmbitos em consequência da COVID-19. Nesse contexto, a finitude da vida tornou-se uma temática imprescindível, assim como a importância das DAV, sobretudo em situações emergenciais. Esses documentos despontaram com o objetivo de garantir a autonomia do indivíduo na tomada de decisões quanto à conduta terapêutica, incluindo a ordem de não ressuscitação e o desejo de não ser submetido à respiração mecânica. Apesar da notória relevância das DAV e da resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão este que atesta e valida o testamento vital, a ausência de legislação sobre o tema leva ao desconhecimento público sobre a documentação (ALENCASTRO, 2012; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012; INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA, 2021).

No cenário pandêmico atual, compreende-se que a falta de regulamentação sobre o testamento vital pode impedir que os pacientes exerçam seu direito de autonomia. Sabe-se que os caminhos e justificativas éticos são múltiplos e divergentes e, por isso, a

existência de manifestações prévias da vontade pode auxiliar médicos a tomarem decisões difíceis e, concomitantemente, resguardar o direito ao consentimento informado do paciente (NETO *et al*, 2015; PICCINI *et al*, 2011; SAIORON *et al*, 2017).

Além disso, o debate acerca da morte ainda é um tabu no Brasil, mas em algumas situações ele se faz extremamente necessário, como no contexto de pandemia de COVID-19. Isso se deve ao fato que discutir sobre a morte e as vontades do paciente assegura a autonomia das suas escolhas durante o adoecimento. Nesse cenário, promover debates e estimular a legislação sobre as DAV no Brasil é uma maneira de respeitar os valores e as prioridades do paciente, e representaria uma consequência positiva provocada pela pandemia (JOSÉ, 2019; INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA, 2021; CAMPOS, 2012; MELO *et al*, 2018).

#### 5. CONCLUSÃO

O impacto social provocado pela maior exposição a situações de terminalidade da vida durante a pandemia de COVID-19 evidenciou a urgência institucional de uma regulamentação jurídica sobre as DAV, uma vez que essas auxiliam o trabalho médico e garantem que as vontades do paciente serão resguardadas.

#### REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, I.M. **A moralidade das diretrizes antecipadas em cuidados paliativos**. Dissertação de Mestrado em Ciências, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP); 2012. Contexto Mundial, 2012. 4 p.

- CAMPOS, M.O. *et al.* Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. **Bioethikos**, v.6, n.3, p.253-9, 2012.
- COGO, S.B.; LUNARDI, V.L. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.3, p.524-534, 2015.
- COGO, S.B.; LUNARDI, V.L. Diretivas antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. **Texto&Contexto – Enfermagem**, v.27, n.3, e1880014, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012.
- DADALTO, L. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos português e franceses. **Revista M**, v.1, n.2, p.443-460, 2016.
- JOSÉ, P.C. O "testamento vital": direitos do paciente e os cuidados paliativos. **Fronteiras Interdisciplinares do direito**, v.1, n.1, p.138-151, 2019.
- MELO, J.N. **Diretivas antecipadas de vontade: a possibilidade de inclusão do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro**. Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); 2018. 1-26p.
- MONTEIRO, R.S.F.; JÚNIOR, A.G.S. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, v.27, n.1, p.86-97, 2019.
- NETO, J.A.C. *et al.* Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde?. **Revista Bioética**, v.23, n.3, p.572-582, 2015.
- PICCINI, C.F. *et al.* Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. **Bioethikos**, v.5, n.4, p.384-91, 2011.
- Registros de Diretivas Antecipadas de Vontade cresceram nos últimos anos; pandemia deu nova importância à discussão. **Instituto Brasileiro de Direito de Família**, 2021. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/8170/Registros+de+Diretivas+Antecipadas+de+Vontade+cresceram+nos+%C3%BAltimos+anos%3B+pandemia+deu+nova+import%C3%A2ncia+%C3%A0+discuss%C3%A3o>. Acesso em: 20/04/2021
- SAIORON, I. *et al.* **Diretivas antecipadas de vontade: desafios legais e educacionais na visão de enfermeiros**. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2017 [acesso em: 15/03/2021]; 19:a44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43587>.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

# DISSSENTIMENTO INFORMADO: O CASO DAS TRANSFUÇÕES DE SANGUE EM TESTEMUNHAS DE JEOVÁ NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA

## INFORMED DISSENT: THE CASE OF BLOOD TRANSFUSION ON JEHOVAH'S WITNESSES IN EMERGENCE CONTEXT

**Marina Guimarães Rufato<sup>1\*</sup>; Zélia Maria Martins Guilherme<sup>1</sup>; Gustavo Pereira Leite Ribeiro<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Graduandas em Direito. Universidade Federal de Lavras. 2021. Membras do Laboratório de Bioética e Direito. Lavras, Minas Gerais. marina.rufato@estudante.ufla.br, zelia.guilherme@estudante.ufla.br

<sup>2</sup> Mestre e doutor em Direito Civil. Professor na Universidade Federal de Lavras. Tutor do PETI Direito na Universidade Federal de Lavras. Líder do Laboratório de Bioética e Direito. gustavoribeiro@ufla.br

\*autor para correspondência: Marina Guimarães Rufato, marina.rufato@estudante.ufla.br

**RESUMO:** O consentimento informado é basilar para a garantia da autonomia do sujeito, sendo este uma expressão do direito fundamental à liberdade. Sob a mesma égide constitucional, e para garantir a autodeterminação do paciente, se tutela também o direito à recusa de tratamento médico, ou dissentimento. O objetivo desse trabalho, portanto, é compreender se existe uma hierarquia entre o direito à vida e à liberdade religiosa, ambos tutelados pela Constituição, para, desse modo compreender se o dissentimento, no caso das transfusões de sangue em Testemunhas de Jeová, é resguardado pelo ordenamento jurídico brasileiro. Além disso, busca-se compreender se existe ainda uma escusa para a ausência do consentimento informado do paciente frente a um tratamento necessário em uma situação emergencial. Para atingir o que se propõe, utiliza-se do método jurídico-dogmático, a partir de análise bibliográfica interdisciplinar, com material do direito e da medicina, e dos seguintes diplomas normativos: Código Civil de 2002 (CC/02), Constituição Federal de 1988 (CF/88), Código de Ética Médica e Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). Compreende-se que não existe hierarquia entre os direitos à vida e à liberdade religiosa, de maneira tal que o dissentimento dos Testemunhas de Jeová deve ser respeitado sempre que expresso. Somente nos casos de emergência, no qual o paciente não tem condições para consentir, é que o médico pode prosseguir com o tratamento sem a anuência daquele, visto que deve primar pela integridade física do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transfusão de Sangue; Recusa Consciente de Tratamento; Autonomia Pessoal; Crenças Religiosas.

## 1. INTRODUÇÃO

A autodeterminação do ser humano tornou-se um princípio basilar do ordenamento jurídico, que se desenvolveu a partir do pensamento moderno. Antes disso, o médico era considerado uma figura mística com poderes sobre a vida e a morte. Entretanto, essa concepção entrou em crise durante os séculos XV a XVII, com o advento dos movimentos que primavam pela centralidade do ser humano em seu próprio destino (BERGSTEIN, 2013). A partir desse novo paradigma, o século XX trouxe a doutrina do consentimento informado, que se trata da expressão do direito fundamental à liberdade, aplicado às relações sanitárias.

Dentro deste tópico, compreende-se a importância do dissentimento informado, ou seja, a possibilidade de o paciente recusar o tratamento após receber as informações necessárias, inviabilizando, assim, a continuidade do procedimento pelo médico. Este será o assunto tratado no trabalho.

A discussão se justifica, fundamentalmente, em defesa do princípio da autonomia, o qual permite que o ser humano aja sob a luz de seus próprios valores, ainda que esteja em condições de vulnerabilidade. (RODRIGUES, 2013) Ademais, não há entre a doutrina jurídica e a prática médica um consenso acerca da postura da equipe de saúde perante o dissentimento do paciente, de forma que o assunto deve ainda ser pacificado para que a realidade se adeque à teoria mais aceita.

~~O objetivo deste trabalho, portanto, é defender que a recusa do tratamento deve ser acatada sempre que expressa, ainda que em situações de emergência, ou que possa gerar consequências gravosas ao paciente. Além disso, busca-se compreender se no contexto de emergência é justificável a não obtenção, pelo médico, do consentimento informado do paciente antes da realização de um procedimento ou tratamento.~~

## 2. METODOLOGIA

O delineamento metodológico diz respeito às estratégias intelectuais para enfrentamento do problema e para consecução dos objetivos da pesquisa. Quanto à vertente teórico-metodológica, optou-se pelo caráter jurídico-dogmático.

Acerca dos dados coletados, a investigação apresentada possui enfoque qualitativo, revestindo-se de caráter bibliográfico e interdisciplinar, já que os dados foram colhidos em textos e documentos normativos, sendo os principais: Código Civil de 2002 (CC/02), Constituição Federal de 1988 (CF/88), Código de Ética Médica e Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Em relação às etapas de enfrentamento do problema, buscou-se privilegiar o desencadeamento lógico e sistemático. Nesse sentido, o trabalho contemplou o levantamento bibliográfico complementar, realizado, especialmente, no Portal de Periódicos da CAPES, Google Acadêmico, Revista de Bioética do CFM, Scielo e Bioethics Research Library. Após o levantamento bibliográfico, foram selecionados, a partir do material

encontrado, aqueles trabalhos compatíveis com os objetivos centrais da pesquisa.

### 3. RESULTADOS

A relação médico-paciente possui como uma de suas funções resguardar o direito à saúde do paciente. No entanto, é importante mencionar que a saúde não é mais entendida como ausência de doença, mas sim um estado completo de bem-estar físico, mental e social, segundo determina a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Nesse sentido, essa relação sanitária deve ser legitimada pela confiança. Isso significa que ambas as partes têm expectativas de desenvolverem juntas ciência sobre o respectivo caso que as envolve, revestidas pelas obrigações de colaboração, cooperação e lealdade. (BERGSTEIN, 2013).

No entanto, em situações de emergência nem sempre há espaço para o estabelecimento de uma relação dialógica. Na prática, com o objetivo de resguardar a integridade física dos pacientes, muitas vezes estes são submetidos a procedimentos contra a sua vontade, como é o caso da transfusão de sangue em pessoas Testemunhas de Jeová.

Esse comportamento evidencia a postura paternalista que permanece na relação médico-paciente, de modo a privilegiar o direito à vida em detrimento da escolha do paciente fundamentada em sua fé.

Entretanto, a Constituição de 1988 não estabelece tratamento privilegiado à vida em detrimento de outros

direitos fundamentais. Inclusive, este direito encontra respaldo no artigo 5º da CF/88, juntamente com tantos outros, bem como, o direito à inviolabilidade de crença religiosa (BRASIL, 1988). Identifica-se, assim, a inexistência de uma hierarquia entre o direito à vida e outros direitos individuais (SCHREIBER, 2014).

Nesse sentido, o dissentimento do Testemunha de Jeová para a transfusão de sangue deve ser respeitado sempre que expresso, ainda que em situações emergenciais. Isso porque, segundo o artigo 15 do Código Civil (BRASIL, 2002), compelir uma pessoa a se submeter a tratamento médico, contra a sua vontade, é conduta vedada no ordenamento jurídico.

Vale mencionar que, se o paciente não tiver a possibilidade de manifestar sua vontade de maneira expressa, o médico deve optar pela beneficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019), ou seja, utilizar de todos os meios disponíveis, em favor da vida do paciente.

### 4. DISCUSSÃO

Conforme professa a fé dos Testemunhas de Jeová, o uso considerado indevido do sangue é proibido por uma ordem dada por Deus a toda a humanidade. Esse dado é retirado da Bíblia, em diversas passagens, de forma que os fiéis não podem utilizar-se do sangue em qualquer hipótese. Ainda com relação ao uso medicinal, essa restrição se mantém, uma vez que a utilização do sangue para fins terapêuticos já era conhecida à época em que o mandamento foi imposto, para tratamento da lepra, por exemplo (GIMENES, 2005).

Após essa análise, compreende-se que o consentimento informado é condição básica para todo e qualquer tratamento ou intervenção no corpo de um paciente, ainda que não haja risco de morte. Sobre isso, ensina Anderson Schreiber: “A despeito, portanto, do que sugere o art. 15 do Código Civil, compelir pessoa consciente a se submeter, contra a sua vontade, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica, mesmo que sem risco de vida, é conduta vedada no ordenamento brasileiro [...]” (SCHREIBER, 2014, p. 54).

Entretanto, embora esse entendimento já tenha se consolidado na doutrina jurídica, fato é que a prática médica se distancia daquilo que é previsto na legislação. A Resolução n. 2.232 de 2019 do CFM determina, em seu artigo 11 que, face às situações de emergência que caracterizem risco de morte, a recusa de tratamento do paciente deve ser desconsiderada, de modo a preservar a vida deste (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

O problema dessa orientação é que desconsidera todos os avanços que o Direito obteve desde o advento do pensamento moderno. Reconhece-se que, atualmente, a tomada de decisão sobre o tratamento deve ser feita baseada no processo dialógico entre médico e paciente, de maneira tal que respeite, ao máximo, a autonomia deste (EMANUEL; EMANUEL, 1999). Assim, no cenário da transfusão de sangue, se ela é contrária aos valores do paciente, deve-se aceitar a recusa.

Situação diferente se impõe frente ao cenário de emergência. Nestes casos, pode ser recomendado o modelo paternalista de tomada de decisão, no qual o médico assegura que o paciente receba o tratamento, ainda que sem seu consentimento. (GRACIA, 1999) Isso ocorre porque, frente à impossibilidade de

obtenção do consentimento informado, o que se busca é a integridade física do paciente, e manutenção da sua vida.

Trata-se do princípio da beneficência, conceituado por BEAUCHAMP AND CHILDRESS (2019, p. 216) como a imposição aos médicos de uma ação positiva que visa ao bem estar dos pacientes, para além de apenas evitar o dano. No cenário estudado, significa impor ao médico que prossiga com o tratamento de modo a perseguir a manutenção da vida daquele paciente em risco.

## 5. CONCLUSÃO

Não existe hierarquia entre o direito à vida e à liberdade religiosa. Assim, o paciente Testemunha de Jeová não pode ser submetido a um procedimento para o qual ele não tenha consentido, ainda que as consequências sejam gravosas. A transfusão de sangue compulsória em um paciente Testemunha de Jeová viola seu direito à liberdade religiosa. Em caso de emergência, no qual o paciente não tem condições de expressar sua anuência, ele pode ser submetido pelo médico ao tratamento, visando sua integridade física.

## REFERÊNCIAS

- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press, 2019.
- BERGSTEIN, Gilberto. **A informação na relação médico-paciente**. São Paulo: Saraiva, 2013.
- BRASIL. **Lei n. 10.306, de 10 de janeiro de 2002**.

Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. Brasília: Congresso Nacional, [2002]. Disponível em: <https://bit.ly/3bX6mMH>. Acesso em: 15 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 2.232 de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília: Conselho Federal de Medicina, [2019]. Disponível em: <https://bit.ly/3d1a8Er>. Acesso em: 15 abr. 2021.

EMANUEL, Ezekiel; EMANUEL, Linda. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. In: COUCEIRO, Azucena (org). **Bioética para clínicos**. Madrid: Triacastela, 1999, p. 110-125

GIMENES, Nilson Roberto da Silva. **O direito de objeção de consciência às transfusões de sangue**. 2005. 145 p. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Direito) - Universidade Federal da

Bahia, Salvador, 2005. p. 45.

GRACIA, Diego. La práctica de la medicina. In COUCEIRO, Azucena (org). **Bioética para clínicos**. Madrid: Triacastela, 1999, p. 95-108.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: Organização Mundial da Saúde. [1946]. Disponível em: <https://bit.ly/2Qv67R5>. Acesso em: 16 abr. 2021.

RODRIGUES, João Vaz. A Recusa do Paciente: Reflexões sobre o dissentimento nas relações com os agentes médicos. **Economia e Sociologia**. [s.l.], v. 3, p. 132-158, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/10014>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SCHREIBER, Anderson. **Direitos da Personalidade**. 3ª ed. São Paulo: Atlas,

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

# IMPLICAÇÕES DA FALTA DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA MÉDICOS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DURANTE A PANDEMIA: UM DIREITO NEGADO

## IMPLICATIONS OF THE LACK OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT FOR URGENCY AND EMERGENCY PHYSICIANS DURING THE PANDEMIC: A DENIED RIGHT

**Alvaro Henrique Oliveira Campos<sup>1\*</sup>; Ana Luíza Carvalho Xavier<sup>2</sup>; Lícia Clara Rocha de Andrade<sup>3</sup>; Luana Caroline Santos Silva<sup>4</sup>; Lucas Gomes Facchini<sup>5</sup>; Andréia Patrícia Gomes<sup>6 7</sup>**

<sup>1</sup> Ensino superior em medicina incompleto, 2021, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais. alvaro.campos@ufv.br

<sup>2</sup> Ensino superior em medicina incompleto, 2021, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais. ana.l.xavier@ufv.br

<sup>3</sup> Ensino superior em medicina incompleto, 2021, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais. licia.andrade@ufv.br

<sup>4</sup> Ensino superior em medicina incompleto, 2021, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais. luana.caroline@ufv.br

<sup>5</sup> Ensino superior em medicina incompleto, 2021, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais. lucas.facchini@ufv.br

<sup>6</sup> Superior em Medicina, 1996, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. andreia.gomes@ufv.br

<sup>7</sup> Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. andreia.gomes@ufv.br

Autor para correspondência: Alvaro Henrique Oliveira Campos, alvaro.campos@ufv.br.

**RESUMO:** O contexto de pandemia causada por SARS-CoV-2, vírus transmitido por gotículas, aerossóis e contato com superfícies contaminadas, e o conseqüente cenários de risco para profissionais da saúde da urgência e emergência, devido à ausência de equipamentos de proteção individual,

*motivaram a confecção desse estudo. O objetivo foi de demonstrar que a ausência de equipamentos de proteção individual para os médicos brasileiros da urgência e emergência implica no descumprimento legal dos direitos do trabalhador. A metodologia é uma revisão integrativa da literatura com a pesquisa dos termos “PPE supply”, “PPE shortage covid” e “availability PPE doctors brazil” nas plataformas SciELO, BVsalud e Pubmed o que possibilitou a eleição de 8 estudos que demonstraram problemas no acesso internacional e nacional aos EPIs, riscos aos médicos e as garantias da legislação trabalhista aos profissionais de saúde. Assim, a falta de equipamentos de proteção individual desrespeita as leis trabalhistas e coloca em risco os profissionais de saúde da urgência e emergência durante a pandemia no Brasil.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Contenção de Riscos Biológicos; COVID-19; Ética; Emergências; Equipamento de Proteção Individual.*

## 1. INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a pandemia de COVID-19. A doença, causada pelo vírus SARS-CoV-2, determinou um novo cenário global, no qual para minimizar o risco de infecção, os profissionais de saúde necessitam do uso constante de equipamentos de proteção individual (EPI). A transmissão da enfermidade ocorre por meio de gotículas, aerossóis e contato com superfícies contaminadas com o coronavírus.

Visto isso, os países buscaram esses instrumentos com a principal produtora mundial, a China, a fim de garantir a proteção necessária para a segurança sanitária nacional. Entretanto, o país asiático foi incapaz de suprir a crescente busca por EPIs, o que levou a restrições de exportação desses equipamentos a outros países. Logo, a escassez de produtos de proteção individual gerou prejuízos em escala global (BURKI, 2020).

A alta demanda e a produção insuficiente elevaram o preço dos EPIs e, assim, os países com maior poderio financeiro, sistemas de saúde mais estruturados e diplomacia melhor articulada conseguiram adquirir número substancialmente superior de EPIs em

~~comparação com países de infraestrutura em saúde precária, baixa influência política e pobres. Entretanto, mesmo as nações desenvolvidas apresentaram~~

porcentagem de seus médicos sem acesso à devida proteção (AHMED, 2020; BURKI, 2020).

O Brasil inseriu-se nesse contexto no final de fevereiro de 2020, quando o primeiro caso foi detectado em território nacional. Desde então, os profissionais de saúde lutam para cuidar de seus pacientes, mas também para se protegerem. Esse fato é exposto em estudos nos quais as queixas de falta de equipamentos de proteção são abordadas. Isso coloca em risco a saúde dos médicos e demais trabalhadores do sistema de saúde, o que pode, conseqüentemente, retirar profissionais da linha de frente da luta contra a COVID-19 devido a infecções evitáveis (CARVALHO, 2020; VALENTE, 2020).

Assim como no contexto internacional, o nacional apresentou escassez de equipamentos de proteção individual seguindo a lógica de regiões, estados e cidades mais influentes, ricos e melhor estruturados. Logo, é possível perceber a relação entre maiores casos de infecções em profissionais de saúde em locais menos desenvolvidos (VALENTE, 2020).

Sob essa perspectiva, sabidamente os profissionais de saúde da linha de frente no atendimento de pacientes com coronavírus, entre eles os médicos da urgência e da emergência, apresentam risco elevado de infecção, em decorrência dos cuidados típicos da área em situações de enfermidades do trato respiratório, como a causada por SARS-CoV-2, em que há pneumonia e insuficiência respiratória. Os procedimentos como a intubação orotraqueal e a reanimação cardiopulmonar geram gotículas e também aerossóis, o que possibilita a contaminação ambiental e funciona como risco biológico para os profissionais. Vale ressaltar que o despreparo entre os profissionais quanto ao uso correto dos equipamentos, além da falta de capacitação por parte dos empregadores, somam-se à escassez (CARVALHO, 2020; VALENTE, 2020).

Após o estabelecimento da importância, dos riscos e da resposta para o desabastecimento de EPIs, ressalta-se, agora, os aspectos legais. Entre eles, as determinações da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que determinam a obrigatoriedade do fornecimento de EPI adequado aos empregados por parte da empresa, bem como a orientação e treino do trabalhador para o uso adequado, guarda e conservação desses instrumentos (BRASIL, 1943; BRASIL, 2018).

Por fim, conhecidos os riscos, a situação brasileira e mundial e a legislação, este estudo tem por objetivo demonstrar a consequência da falta de equipamentos de proteção individual para médicos brasileiros da urgência e emergência durante a pandemia, o que fere os direitos trabalhistas.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão integrativa da literatura, por meio da coleta de dados e pesquisa dos termos “PPE supply”, “PPE shortage covid” nas plataformas BVsalud, Pubmed e SciELO.

Ademais, foram buscadas as legislações vigentes no Brasil, acerca de condições de trabalho e Biossegurança.

## 3. RESULTADOS

Foram elegidos oito estudos que demonstram a relevância do acesso aos EPIs pelos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19.

No artigo de Martin-Delgado et al (2020), foi demonstrado que pelo menos 70% dos profissionais de saúde consultados relatam falta de EPIs, além disso, foi apontada a dificuldade de capacitação com relação à utilização dos equipamentos. Este resultado é apontado e reforçado pelo estudo de Ahmed et al (2020), que mostra que 50,6% dos médicos paquistaneses precisaram trabalhar sem EPI, enquanto nos EUA, foram 7,1%, demonstrando uma grande disparidade no acesso a esses itens. Tal disparidade também é indicada no estudo de Burki (2020), no qual é possível observar que o aumento da demanda por esses equipamentos não foi suprida, sendo os países com menor desenvolvimento econômico os mais afetados com a escassez.

Carvalho et al (2020) aborda a importância dos EPI para minimizar o contágio pelo SARS-CoV-2. Entidades brasileiras destacam a importância do uso desses equipamentos, de treinamentos para a correta utilização, além de higiene de mãos e superfícies. (CARVALHO, 2020). Tais recomendações são reforçadas no estudo de Garcia et al (2020), que

também aborda a importância de uma padronização global dos EPIs como garantia do funcionamento correto.

Como consequência da falta de acesso aos EPIs e a utilização inadequada, surge uma alta taxa de infecção dos profissionais de saúde pelo SARS-CoV-2. Godoi et al (2020) mostra que os profissionais da “linha de frente” foram muito afetados pela doença. No Brasil, mais de 28.000 enfermeiros foram contaminados e mais de 290 morreram devido à doença (GODOI, 2020). Em consonância com esse estudo, Valente et al (2020), demonstra que o número de trabalhadores em saúde infectados é desproporcional ao número da população geral.

#### 4. DISCUSSÃO

Em 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou a pandemia de COVID-19, na qual médicos e demais profissionais de saúde do mundo estão expostos ao SARS-CoV-2 (GODOI, 2020). O vírus é transmitido pelo contato, pelas gotículas e aerossóis, amplamente propagados em procedimentos na urgência e emergência, como intubações orotraqueais e reanimação cardiopulmonar (CARVALHO, 2020). Assim, é essencial o acesso de profissionais desses cenários aos EPIs (máscaras N95, escudos faciais ou óculos, avental de manga comprida, gorros e luvas), além de seu treinamento para o uso correto, mitigando o risco de exposição (CARVALHO, 2020; GARCIA, 2020; GODOI, 2020). Porém, em vários países, incluindo o Brasil, o acesso aos EPIs não é igualitário (DELGADO, 2020; GARCIA, 2020; VALENTE, 2020), o que expõe os trabalhadores ao vírus, causando prejuízos à saúde física e mental (AHMED, 2020;

GODOI, 2020; TEIXEIRA, 2020). Esse fato é ainda mais dificultado pela alta de preço desses materiais na pandemia, produzindo um acesso desigual entre nações, cidades e setores da saúde (BURKI, 2020; GARCIA, 2020, VALENTE, 2020).

#### 5. CONCLUSÃO

Sob a luz desses fatos, a Sociedade Brasileira de Infectologia recomenda o uso de EPIs para médicos em risco de contato com gotículas ou aerossóis infectados, gerados na área de urgência e emergência em procedimentos como a ressuscitação cardiopulmonar e a intubação orotraqueal. Dessa forma, é necessária a utilização de máscaras PFF2/N95, luvas, gorro, óculos, avental, macacão e propé, associados ao treinamento dos profissionais para uso correto e à higiene pessoal. Essas ações mitigam a probabilidade de contágio por parte da equipe de saúde quando exposta a eventos com risco de infecção pelo coronavírus. Todavia, nota-se que essa realidade é distante de muitos médicos brasileiros. Nesse sentido, a Associação Médica Brasileira, sob sua responsabilidade, possui uma rede de denúncias para atender médicos sem acesso a EPIs - fornecimento obrigatório por parte dos contratantes. Assim, a não distribuição de EPIs pelos empregados contraria as Normas Regulamentadoras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Sem o cumprimento desse direito médico, toda a sociedade fica comprometida, pois esse evento favorece o ciclo vicioso de desassistência e falta de controle, potencializando o já existente colapso do sistema de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, J. et al. **Availability of Personal Protective Equipment (PPE) Among US and Pakistani Doctors in COVID-19 Pandemic.** *Cureus*, v. 12, n. 6, jun. 2020. < Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7357309/> >. Acesso em: 16 de mar. 2021.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Profissionais da saúde denunciam a falta de EPIs** (base de dados online). São Paulo, 2020. <Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/profissionais-da-saude-denunciam-a-falta-de-epis/#:~:text=Para%20denunciar%20a%20falta%20de,.org.br%2Fepi> > Acesso em: 16 de mar. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância sanitária. **Norma regulamentadora n 06.** 29 nov 2018. < Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr6.htm> > Acesso em: 16 de mar. 2021.
- BRASIL. Decreto nº 5452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.** Diário Oficial da União, 1 mai 1943. < Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm) > Acesso em: 16 de mar 2021.
- BRASIL. **Lei Orgânica do SUS nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** < Disponível em: [https://www.saude.go.gov.br/files/banner\\_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdeprotecaotrabalhadores-COVID-19.pdf](https://www.saude.go.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdeprotecaotrabalhadores-COVID-19.pdf) > Acesso em: 16 de mar. 2021.
- BURKI, T. **Global shortage of personal protective equipment.** *The Lancet. Infectious Diseases*, v. 20, n. 7, p. 785–786, jul. 2020. < Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32592673/> > Acesso em: 16 de mar. 2021.
- CARVALHO, R. S. et al. **Utilização de equipamentos de proteção individual em época de COVID-19.** *Glob Acad Nurs.*,1(1): e6; jul. 2020 < Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/33/11> > Acesso em: 16 de mar. 2021.
- GARCIA, G.P.A. et al. **Utilização de equipamentos de proteção individual para atendimento de pacientes com COVID-19: revisão de escopo.** *Rev Gaúcha Enferm.* 2021; 42: e20200150, jun. 2020. < Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1444> > Acesso em: 16 de mar. 2021.
- GODOI, A. P. N. et al. **Focus on health professionals during the SARS-COV-2 pandemic- Literature review.** *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v. 14, n. 2, 30 nov. 2020. < Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/articole/view/6317> >Acesso em: 14 de mar. 2021.
- DELGADO, J. M. et al. **Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in COVID-19 care: A cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador.** *PLOS ONE*, v. 15, n. 11, p. e0242185, 11 nov. 2020. < Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242185> > Acesso em: 16 de mar. 2021.
- VALENTE, E. P. et al. **COVID-19 among health workers in Brazil: The silent wave.** *Journal of Global Health*, v. 10, n. 1, 17 jun. 2020. < Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7307798/> > Acesso em: 16 de mar. 2021.

ISSN: 1984-7688

TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020. < Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020> > Acesso em: 16 de mar. 2021.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## MANEJO DO PACIENTE PEDIÁTRICO COM SINAIS DE MAUS-TRATOS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

### PEDIATRIC PATIENT MANAGEMENT WITH SIGNS OF ABUSE IN THE EMERGENCY: A LITERATURE REVIEW

**Fernanda das Graças Dias<sup>1\*</sup>; Larissa Melo Morais Pessoa<sup>1</sup>; Maria Cláudia Assunção de Sá<sup>1</sup>; Mayara Santana Hawerth<sup>1</sup>; Beatriz Martinez dos Santos<sup>2</sup>; Clarisse Angelim Soares Cardoso<sup>3</sup>;**

1 Graduandas do curso Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais. fernandadiasxvi@gmail.com; larissapessoa.5385@aluno.unibh.br; mariaclaudiaa1303@gmail.com; mah.hawerth@gmail.com;

2 Graduanda do curso de Direito da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. beatriz.m.santos@hotmail.com;

3 Docente do Centro Universitário de Belo Horizonte e Pediatra Especialista em Emergência Pediátrica e Instrutora do Curso PALS (Pediatric Advanced Life Support). clarisseangelim@gmail.com;

\*autor para correspondência: Fernanda das Graças Dias, fernandadiasxvi@gmail.com;

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** O setor de emergência configura-se como uma importante porta de entrada para a detecção, primeira abordagem, cuidado e proteção de crianças vítimas de maus-tratos. O objetivo desse trabalho é orientar e esclarecer o profissional de saúde sobre o atendimento eficiente a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática nas plataformas digitais do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça e do Conselho Federal de Medicina e nas bases de dados Scielo, PubMed e Cochrane, no período de 2005 a 2021. **RESULTADOS:** 8 artigos fizeram a base dessa pesquisa. Por meio deles, evidenciou-se o que o médico, perante a situações de violência na emergência, além de retirar a criança do agravo ameaçador à vida, deve fazer a notificação compulsória, acionar o Conselho Tutelar e internar a criança, se necessário. **DISCUSSÃO:** Durante os atendimentos no setor emergencial podem surgir oportunidades privilegiadas para observação de lesões corporais agudas como escoriações e fraturas sem motivos que as justifiquem, dentre outros sinais considerados "típicos" de atos violentos. A notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos é um dever do médico e vale ressaltar que cabe a esse profissional realizar o primeiro atendimento e finalizá-lo fornecendo à vítima e a seus responsáveis legais informações claras e completas sobre seus direitos. **CONCLUSÃO:** Portanto, o médico saber cumprir as normas técnicas, éticas e jurídicas implicadas nessa questão, pode ser o primeiro passo para um atendimento acolhedor, empático e bem sucedido.

**PALAVRAS-CHAVE:** Criança; Mau trato infantil; Emergência; Código de Ética Médica

## 1. INTRODUÇÃO

A violência na infância e na adolescência é um fenômeno extremamente grave do ponto de vista social e de saúde pública, e tem sido responsável por uma demanda crescente de atendimento nos serviços públicos de saúde nessa faixa etária (HIRSCHHEIMER, *et al.*, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é estimado que uma em cada duas crianças experimentam violência a cada ano, sendo, então, considerada um dos cinco problemas de saúde pública mundial. No Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência é ainda escasso, em decorrência da dificuldade estatística e do atendimento de maus tratos pouco estruturado no país, não sendo possível conhecer a sua magnitude real (GARBIN, *et al.*, 2011).

A violência pode ser compreendida de diferentes maneiras: maus-tratos físicos, maus-tratos emocionais, maus-tratos sexuais, negligência, exploração comercial ou qualquer outro tipo de exploração (Pires, *et al.*, 2005). Ainda que existam formas distintas de manifestar, qualquer uma dessas expressões de violência pode resultar em prejuízos e danos reais ou em potenciais traumas presentes ou futuros, à saúde, sobrevivência, desenvolvimento e/ou dignidade da criança ou do adolescente. Geralmente, a violência ocorre dentro de um contexto de responsabilidade, de confiança e de poder, sendo o adulto o principal responsável por cometer esse ato contra a criança (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

O setor de emergência configura-se como uma importante porta de entrada para a detecção, primeira

abordagem, cuidado e proteção de crianças vítimas de maus-tratos. Na maioria das instituições brasileiras, não existem equipes formadas especificamente para o atendimento de vítimas, cabendo muitas vezes ao pediatra geral acompanhar a criança e a família, procurar atender às demandas clínicas e orientar para a solução de questões sociais e legais que possam surgir após a suspeita de vitimização, tarefas árduas para quem, em geral, não contou com tais temáticas na sua formação profissional (FERREIRA, 2005). Sendo assim, essa afecção exige boas práticas médicas, condutas eficientes e abordagem adequada para que o problema seja reduzido de forma significativa (SALIBA; GARBIN; GARBIN; DOSSI, 2007).

Este trabalho tem como objetivo orientar e esclarecer o profissional de saúde sobre o atendimento eticamente adequado e juridicamente lícito a crianças e adolescentes vítimas de violência no setor de emergência .

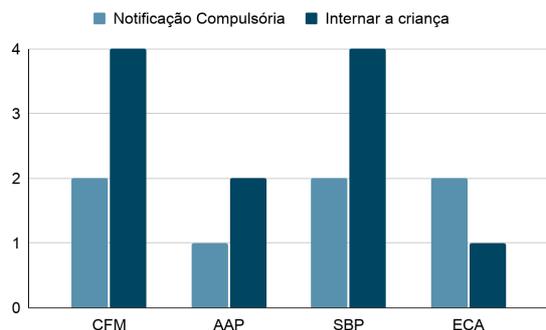
## 2. METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa de revisão bibliográfica realizada nos portais de pesquisa SciELO, PubMed e Cochrane, com artigos publicados entre novembro de 2005 a outubro de 2020, bem como, nas plataformas digitais do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça e do Conselho Federal de Medicina. Foram utilizados para a busca artigos em inglês e português.

### 3. RESULTADOS

A base dessa pesquisa foi composta por 8 artigos compreendidos entre 2005 a 2020 (Tabela 1). A base de dados também foi composta pelo Manual do CFM, bem como protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Por meio destes, demonstrou-se que o médico, perante a situações de violência na emergência, além de retirar a criança do agravo ameaçador à vida, deve fazer a notificação compulsória, acionar o Conselho Tutelar e internar a criança, se necessário. (Figura 1)

Figura 1 -Análise comparativa da base de dados para o Manejo pediátrico em suspeita de maus tratos



**Legenda:** 1: não se aplica; 2: Sim; 3 : Não; 4: apenas em casos graves; AAP: Academia Americana de Pediatria; SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria; ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente.

Conforme a figura 1, há um consenso no dever da notificação compulsória em caso de suspeita de maus tratos. No entanto, nota-se divergência no quesito internação, enquanto a AAP diz que o médico deve internar a criança para confirmar o diagnóstico e proteger a criança, o CFM e a SBP dizem que a internação está restrita a casos graves, onde os cuidadores promovem risco à vida da criança.

De acordo com a tabela 1, evidencia-se a subnotificação do agravo, explicitada em 4 artigos, de acordo com Junior et al. (2017) grande porcentagem dos médicos desconhecem a ficha de notificação, bem como mais de 70% destes exibiram não ter participado de um treinamento sobre o assunto durante a sua graduação médica (Junior, et al. 2017). Além disso, outro estudo demonstrou possíveis dificuldades na procura de instituições de proteção e assistência no período de isolamento social devido a pandemia Covid 19 (Platt, et al 2020).

Tabela 1 - Análise comparativa dos artigos que fizeram parte desse estudo

Ano	Metodologia	Pontos Chaves
2005	1	Atuação médica precoce e eficiente de caráter não julgador e não punitivo no acolhimento.
2005	1	Conceituou diferentes tipos de maus tratos.
2007	1	É dever do profissional da saúde notificar os casos de violência, podendo responder por omissão.
2008	2	Subnotificação de maus tratos no serviço de emergência.
2011	2	Mais de 80% dos profissionais de saúde não sabiam informar a existência da ficha de notificação em seu local de trabalho.
2012	1	Aborda aspectos do atendimento necessários para a identificação da criança vítima de violência.

2017	2	Segundo o estudo, apenas 28% dos médicos da Estratégia Saúde da Família notificaram o agravo.
2020	2	Diminuição de 55,3% de notificações de maus tratos no período de isolamento social devido ao Covid 19.

Legenda: 1: Revisão Bibliográfica 2: Estudo transversal.

#### 4. DISCUSSÃO

A violência contra a criança é um fenômeno complexo a ser enfrentado nos serviços de emergência. Na maioria dos casos, a criança é vítima da violência interpessoal dentro do lar, cometida, principalmente, pelos próprios pais ou responsáveis, que também a levam para o atendimento médico de urgência (FERREIRA, *et al.*, 2012). Sendo assim, Moura *et al.* (2008) destaca que o setor de emergência representa uma oportunidade única de proteção para as vítimas que não frequentam outros serviços de saúde. Porém, fatores como falta de treinamento adequado dos profissionais de saúde, rotina agitada, falta de tempo e de privacidade, podem levar à sub detecção dos casos nesses cenários. Carecendo, então, de um melhor entendimento dos profissionais da saúde acerca deste tema.

Múltiplos fatores fazem da emergência uma das principais portas de entrada das vítimas de maus-tratos: a natureza aguda das lesões, a carência de assistência primária, a proximidade do local de moradia e o horário de funcionamento. Uma vez que o setor emergencial configura-se, muitas vezes, como o primeiro atendimento, através dele deve-se garantir o acolhimento da criança e da família, o que traz maior possibilidade de adesão às ações de seguimento propostas a partir desse encontro (FERREIRA, *et al.*, 2012).

Diante de uma suspeita de violência, o médico precisa: determinar as circunstâncias em que ocorreu a violência, identificar e tratar as injúrias, avaliar futuros perigos para a criança, atender às leis de notificação locais e providenciar suporte social e mental adequados para a vítima. Além disso, o médico precisa ter um nível de cuidado na troca de informações com a família, o que, em geral, não é necessário em outras situações; reconhecer a necessidade de atuar em equipe multidisciplinar; e estar ciente de que a inclusão da violência como diagnóstico diferencial é apropriada (FERREIRA, *et al.*, 2005). Sendo assim, o profissional de saúde precisa ter clareza de suas funções ao prestar o atendimento de uma criança vítima de violência, além de segurança para abordar a família, evitando constrangimentos, a fim de não comprometer o atendimento e a proteção da criança (FERREIRA, *et al.*, 2012). De acordo com o CFM, o atendimento deve ser prestado de forma integral e por equipe multidisciplinar, garantindo acolhimento, proteção, intervenção e prevenção. Cabe ao médico levantar a suspeita, prestar atendimento emergencial e ambulatorial e interagir com a equipe multiprofissional. Ainda segundo o CFM, em casos leves e sem risco de revitimização, a criança pode retornar para a moradia, mas é

imprescindível notificar o Conselho Tutelar. Em casos graves ou com risco de revitimização deve-se prosseguir à internação, notificar a Vara da Infância e Juventude e o Conselho Tutelar, sendo que a instituição passa a ter a guarda da vítima até decisão judicial pela Vara da Infância e Juventude. Em todos os casos, a criança deve ser encaminhada para atendimento psicoterápico e social (HIRSCHHEIMER, 2011). Segundo a OMS, a existência de serviços de qualidade para o atendimento de vítimas não fatais pode prevenir futuras fatalidades, reduzir sequelas de curto e longo prazo e ajudar os afetados a lidar com o impacto da violência interpessoal em suas vidas (FERREIRA, et al., 2012).

Em concordância com pesquisas realizadas na jurisprudência brasileira, no site oficial do Supremo Tribunal Federal, bem como na legislação no Estatuto da Criança e do Adolescente, é possível observar que o direito atribui grande responsabilidade aos médicos no que tange à proteção da criança no quadro de maus-tratos, uma vez que resguarda, assegura a sua dignidade e a proteção do seu direito à vida. Os egrégios tribunais do país têm entendido que cabe aos responsáveis da saúde acionarem o Conselho Tutelar sempre que suspeitarem de abuso físico ou psicológico sofrido pelo menor, para que haja a apuração pelos órgãos competentes, antes de ocorrerem consequências graves ao infante, além de acompanharem o desenvolvimento da investigação, cobrando notícias sobre a criança. Vale ressaltar que a notificação (ou denúncia) de suspeita ou confirmação de maus-tratos é um dever do médico, previsto no parágrafo único do artigo 28 do Código de Ética Médica, 2010. No Brasil, segundo a Lei 8069/90 do Artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, os profissionais de saúde devem atuar nos diagnósticos

de maus-tratos e nos procedimentos com a notificação compulsória. Os casos suspeitos ou confirmados podem ser divididos em níveis de gravidade, de acordo com o tipo da agressão, situação geral da vítima, perfil do agressor e contexto familiar. Todos os casos, mesmo aqueles que configuram apenas suspeitas, devem ser notificados ao Conselho Tutelar da região de moradia da vítima e, em caso de omissão, a notificação deverá ser feita à Vara da Infância e Juventude da região ou ao Ministério Público. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

## 5. CONCLUSÃO

Portanto, evidencia-se que as ciências humanas e biológicas buscam preservar e zelar pela vida humana, a fim de proteger a dignidade do homem, na forma da criança. Em resumo, é necessário que o profissional de saúde tome alguns passos para concluir o atendimento da vítima de maus-tratos de forma efetiva. São eles: acionar o Serviço Social, acionar o Serviço Psicológico de Apoio do hospital, acionar o Conselho Tutelar, dialogar com a Atenção Primária, fazer a Notificação Compulsória e internar crianças em perigo iminente ou em situações de vulnerabilidade física e psicológica. Sendo assim, para o alcance de um atendimento receptivo, empático e bem sucedido, é imprescindível que o médico reconheça que se trata de uma situação grave e merecedora de atenção especial, além de deter o conhecimento para cumprir as normas técnicas, éticas e jurídicas envolvidas nessa questão.

## REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. 2019.

FERREIRA, Ana Lucia. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 325-328, 14 nov. 2005. FapUNIFESP (SciELO).

FERREIRA, Ana Lúcia. A criança vítima de violência. *Revista de Pediatria: SOPERJ*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, dez. 2012.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, [s. l.], v. 13, ed. 2, p. 17-23, 2011.

HIRSCHHEIMER, Mário Roberto et al. Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Conselho Federal de Medicina, Brasília/DF, 2011.

JUNIOR, Geraldo Bezerra da Silva; et al. Identificação e notificação em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 469-484, ago. 2017

MINISTERIO DA SAUDE, Brasil. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2005.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de; MORAES, Claudia Leite; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Detecção de maus-tratos contra a criança:

oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 2926-2936, 2008.

PIRES, Ana L.D e MIYAZAKI, Maria C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciencia e Saúde*, São José do Rio Preto, SP, v. 12, n. 1, p. 42-9, nov., 2005.

PLATT, Vanessa Borges; GUEDERT, Jucélia Maria e COELHO, Elza Berger Salema. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. *Revista Paulista de Pediatria*. v 19.Out, 2020.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper; DOSSI, Ana Paula. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 41, n. 3, p. 472-477, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Adolescência. Guia prático de atualização. Violência e saúde de adolescentes e jovens – Como o pediatra deve proceder?, Julho, 2018.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## O DEVER DO ESTADO NA GARANTIA DE LEITOS E RECURSOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

### THE DUTY OF THE STATE IN THE GUARANTEE OF BEDS AND RESOURCES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Ana Paula Morais<sup>1</sup>, Beatriz Menezes<sup>2</sup>, Fernanda Melo<sup>3</sup>, Mariana Coelho<sup>4</sup>,  
Nathalia Mendes<sup>5\*</sup>, Ana Luiza Lacerda<sup>6</sup>

1. Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais. anapaulafmorais8@gmail.com.
2. Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais. biamenezes1108@gmail.com.
3. Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais. fernandaviecelidemelo@gmail.com.
4. Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais. marianafc.2000@gmail.com.
5. Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais. nathaliamn@hotmail.com.
6. Advogada pela Universidade Federal de Minas Gerais, 2018. Belo Horizonte, Minas Gerais. aninhallacerda@hotmail.com.  
\* autor para correspondência: Nathalia Magalhães Mendes: nathaliamn@hotmail.com.

**RESUMO:** *Introdução: A pandemia pelo COVID-19 impactou os sistemas de saúde mundialmente. No Brasil, o atual cenário evidencia disparidades no acesso a serviços públicos e privados. O país, que apresenta exuberantes desigualdades regionais desses recursos, vivencia um impasse ao acesso às Unidades de Terapia Intensiva (UTI), problemática que precede a pandemia. Desse modo, configura, o judiciário, papel essencial na garantia de direitos, mediante ao esperado aumento súbito de ações judiciais pleiteando internações sob a alegação de urgência. Metodologia: Revisão de literatura nas bases de pesquisa Scielo, Google Scholar e Pubmed, utilizando os descritores: “COVID-19”, “leitos” e “judiciário”. Selecionou-se artigos dos últimos 6 anos. Resultado: A Constituição Federal de 1988 assinala a saúde como direito de todos e deve ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas. A oferta de leitos funciona a partir dos setores público e privado, e é dever do Estado fornecê-los gratuitamente. Tal direito pode ser assegurado por meio de uma ação ordinária de obrigação de fazer, sendo o Estado responsabilizado civilmente de forma objetiva. Em contrapartida, a tese da “reserva do possível” tem base dogmática no direito alemão e flexibiliza os direitos sociais ao defender que a sua efetividade e as prestações materiais necessárias estariam limitadas pela capacidade financeira do Estado. Desenvolvimento: O impasse ao acesso à UTI precede a pandemia e tem sido exacerbado por esta, sendo o principal desafio para o Brasil presentemente. Apesar do elevado custo dessas unidades, é dever do Estado garantir a internação em leitos de UTI conforme orientação médica e, inexistindo vaga na rede pública, arcar com os custos na rede privada, uma vez que o sistema de saúde brasileiro é único e os dois âmbitos se complementam. Estudo baseado na*

*análise de 15 decisões dos tribunais superiores entre 2010 e 2016 identificou o entendimento de afastar a adoção da “cláusula da reserva do possível” em casos relativos à salvaguarda de direitos à vida e à saúde. Neste sentido, mesmo em cenário pandêmico, os direitos fundamentais devem ser garantidos pela administração pública. Conclusão: Na atualidade pandêmica, há carência de recursos na área da saúde, o que impossibilita a garantia do direito pleno à vida. Apesar da existência de cláusulas que flexibilizam a ação do Estado frente à inaptidão econômica, o direito de todo cidadão brasileiro ao acesso à saúde é constitucional.*

## 1. INTRODUÇÃO

A pandemia pelo COVID-19 impactou os sistemas de saúde mundialmente. No Brasil, o cenário demonstra disparidades no acesso a serviços públicos e privados. O país, que apresenta exuberantes desigualdades na distribuição e garantia de serviços e recursos de saúde, vivencia um impasse ao acesso às Unidades de Terapia Intensiva (UTI), problemática que precede e é agravada pela pandemia.

Desse modo, configura, o judiciário, papel essencial na garantia de direitos, sendo um deles a saúde, mediante ao esperado aumento súbito de ações judiciais pleiteando internações sob a alegação de urgência (CONTE, Danielle *et al.* 2020). Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo afirmar o papel do Estado na garantia de leitos e recursos durante a pandemia de COVID-19, de forma a cumprir com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde do Brasil, para todos.

## 2. METODOLOGIA

O artigo constitui-se de uma revisão de literatura nas bases de pesquisa Scielo, Google Scholar e Pubmed,

utilizando os descritores: “COVID-19”, “leitos” e “judiciário”. Foram selecionados artigos publicados nos últimos 6 anos.

## 3. RESULTADOS

A Constituição Federal de 1988 assinala a saúde como direito de todos e deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas (Brasil. Constituição, 1988). Entretanto, devido às limitações já enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a falta de preparo perante a pandemia e o agravo econômico que o país enfrenta, o Estado não pode amparar toda população a todo momento. Nesse sentido, surgem situações em que este deve tomar escolhas trágicas: escolher entre dois direitos importantes (Ragasini, B. 2020). Nesse sentido, a tese da “reserva do possível”, que consiste na limitação do Estado em investir em condições básicas como a saúde, tem base dogmática no direito alemão e flexibiliza os direitos sociais ao defender que a sua efetividade e as prestações materiais necessárias estariam limitadas pela capacidade financeira do Estado (Baggio, C. O., Peres, P. R. 2016).

Sabe-se que é dever do Estado fornecer assistência em saúde gratuita para todos os cidadãos brasileiros. Porém, para que tal garantia seja possível,

principalmente no que tange ao período pandêmico, é notória a necessidade da complementaridade entre os setores público e privado. Entretanto, o SUS tem arcado com um valor de R\$1600,00 para cada leito ocupado na rede privada de saúde, apesar do custo total chegar a R\$2500,00 (Campos FCC, Canabrava CM.2020). Desse modo, o valor disponibilizado pelo Estado é insuficiente e contradiz tal dever, que pode ser assegurado através de uma ação ordinária de obrigação de fazer, sendo o Estado responsabilizado civilmente de forma objetiva (Almeida, A. O, Freire, M. V. V. 2018).

#### 4. DESENVOLVIMENTO

O impasse ao acesso à UTI precede a pandemia e tem sido exacerbado por esta, sendo o principal desafio para o Brasil presentemente. De acordo com a Constituição Federal, Art. 196 “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Em contrapartida, a teoria da Reserva do Possível resguarda o Estado em não garantir investimentos em condições sociais, como a saúde, na falta de recursos financeiros. Desse modo, em situações atípicas como a vivida atualmente pela pandemia de COVID-19, a necessidade de recursos de saúde se torna exacerbada, enquanto a oferta, insuficiente, o que reforça a enorme discrepância entre as determinações da Constituição Federal e da teoria da Reserva do Possível.

Como consequência dessa limitação de recursos, o dever do Estado em garantir o mínimo existencial à população, isto é, o mínimo para uma vida digna, é confrontado, estando a saúde enquadrada como um dos direitos essenciais. A pandemia confronta este direito constitucional e coloca profissionais de saúde em um dilema ético e jurídico, ao exigir a escolha de quais pacientes terão acesso a leitos, a medicações e a outros serviços. Logo, evidencia-se o conceito de “escolha trágica”, uma vez que um bem essencial será privado de um cidadão em detrimento de oferecê-lo a outro, não sendo garantido àquele o mínimo necessário.

Dentre uma das diretrizes guiam que o Sistema Único de Saúde, está a complementaridade entre os serviços públicos e privados, ou seja, ambos devem agir em consonância de modo a atender o contingente populacional brasileiro. Entretanto, a distribuição desses recursos de saúde ocorre de maneira discrepante, de forma que o SUS se apresenta com baixa oferta e alta demanda. Este contexto obrigaria o Estado a arcar com os custos na rede privada, situação que não foi executada com excelência na prática durante a pandemia, repercutindo tanto na evolução dos enfermos quanto na disseminação da doença no país.

Ademais, além da dissincronia entre os serviços público e privado, outros fatores foram agravantes para o cenário brasileiro atual, levando à falta de acesso a internações no SUS. Dentre eles, a demora no planejamento de ações de saúde, como exemplo a implementação de leitos públicos e hospitais de campanha pelo Estado visando o manejo da pandemia. Outro impasse são projetos não colocados em prática como as campanhas unificadas: ‘Leitos para todos ’e “Vidas iguais’, que consistem em uma criação de um

sistema nacional de vagas que seria regulamentado pelo Ministério da Saúde em articulação com estados, municípios e prestadores de serviços, e na regulação de centrais únicas de vagas pelas secretarias de saúde estaduais. Contudo, apesar de ter sido aprovado pela Câmara, o projeto não recebeu o apoio do governo federal e acabou não sendo concretizado. Concomitantemente, houve o atraso na liberação de recursos financeiros.

Por fim, tem-se a concentração de recursos na saúde em todo Brasil. A discrepância entre as regiões já existia e foi agravado. Os leitos de internação de maior complexidade, como os de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Tipo III, têm uma tendência de concentração maior nas Regiões Sul (2 leitos/100 mil habitantes) e Sudeste do país (1,5 leitos/100 mil habitantes). Já na Região Norte, a taxa é de 0,03 leitos de UTI Tipo III/100 mil habitantes, agravada pelo fato de mais de 90% desse tipo de leito estar disponível somente para o setor privado. Dessa forma, os recursos assistenciais em saúde tendem a ser triplamente concentrados de acordo com características regionais, demanda e oferta pública ou privada, e complexidade dos recursos assistenciais. (CONTE, Danielle *et al.* 2020).

Em suma, diversas são as variáveis que influenciam no colapso da saúde no Brasil. Contudo, o Estado tem o dever de garantir os direitos fundamentais da nossa constituição aos cidadãos, lançando mão de novas condutas que visem assegurar o acesso pleno aos serviços de saúde, minimizando os efeitos causados pela pandemia.

## 5. CONCLUSÃO

A precariedade da assistência à população no Brasil, no que tange ao contexto de urgência/emergência, tem sido evidenciada com o colapso do sistema de saúde na pandemia de COVID-19. A carência de recursos na área da saúde têm impossibilitado a garantia do direito pleno à vida (Palamim CVC, Marson FAL. 2020). Apesar da existência de cláusulas que flexibilizam a ação do Estado frente à inaptidão econômica, como a teoria da Reserva do Possível, a saúde enquadra-se como direito constitucional de todo cidadão brasileiro, devendo ser garantida.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. O.; FREIRE, M. V. V. Direito à saúde no Brasil: reserva do possível e mínimo existencial nas decisões do Superior Tribunal de Justiça (2010-2016). **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 55-77, 2018. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v19i2p55-77. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/152576>. Acesso em: 9 abr. 2021.
- BAGGIO, C. O.; PERES, P. R. A responsabilidade civil do Estado pela falta de leitos em unidades de terapia intensiva (UTI) e centros de terapia intensiva (CTI) em hospitais públicos. Responsabilidade do Estado. **Anais do VI Simpósio Internacional de Análise Crítica do Direito** - 1 ed. Jacarezinho, p. 88-105, 2016. Disponível em: <http://siacrid.com.br/repositorio/2016/responsabilidade-do-estado.pdf> . Acesso em: 9 abr. de 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

CAMPOS, F.C.C.; CANABRAVA, C.M. O Brasil na UTI: Atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Health Sciences SciELO**. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1368>. Acesso em: 9 abr. de 2021.

CASTRO, M.C.; CARVALHO, L.R.; CHIN, T.; KAHN, R.; FRANÇA, G.V.; MACÁRIO, E.M.; OLIVEIRA, W.K. Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil. **MedRxiv**. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047662v1.full-text>. Acesso em: 9 abr. de 2021.

CONTE, D.; BAHIA, L.; CARVALHO, E.L.; CARDOSO, A.M.; SOUZA, P.M. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1316>. Acesso em: 23 mar. de 2021.

PALAMIM, C.V.C.; MARSON, F.A.L. COVID-19 - The Availability of ICU Beds in Brazil during the Onset of Pandemic. **Ann Glob Health**. 2020. Disponível em: <https://annalsglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3025/>. Acesso em: 9 abr. de 2021.

Ragasini, B. COVID-19 e a falta de leitos: o Direito diz quem deve morrer? Brasil. 2020. Disponível em: <https://biancassragasini.jusbrasil.com.br/artigos/855134990/covid-19-e-a-falta-de-leitos-o-direito-diz-quem-deve-morrer>. Acesso em: 12 abr. de 2021.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

# OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE O ABORTO LEGAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## OPINION OF HEALTH PROFESSIONALS AND MEDICINE STUDENTS ON LEGAL ABORTION: AN INTEGRATIVE REVIEW

**Beatriz Joia Tabai<sup>1\*</sup>; Rafael Nascimento de Melo Jardim<sup>2</sup>; Beatriz Marcolino de Menezes<sup>3</sup>; Thiago Lorentz Pinto<sup>4</sup>**

1. Estudante do curso de medicina da Faculdade de Medicina do Mucuri, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Teófilo Otoni, MG. Email: beatrizjoiatabai@gmail.com
2. Estudante do curso de medicina da Faculdade de Medicina do Diamantina, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina, MG. Email: rafaeljardim@hotmail.com
3. Estudante do curso de medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH. Belo Horizonte, MG. Email: biamenezes1108@gmail.com
4. Mestre em Engenharia Biomédica. Univap, 2009. Docente do curso de medicina da Faculdade de Medicina do Mucuri, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Teófilo Otoni, MG. Email: thiagolorentz@yahoo.com.br

\*Autor para correspondência: Beatriz Joia Tabai Email: beatrizjoiatabai@gmail.com

**RESUMO:** *Introdução: O aborto é uma importante causa de emergência médica, tanto que são elevados os índices de morte materna decorrente dessa prática, quando ilegal, gerando diversas complicações quanto piores suas condições de realização, o que mostra a necessidade de os profissionais atuantes na área da saúde se atualizarem e repensarem constantemente as questões que o envolvem. Objetivo: Revisar na literatura a opinião dos profissionais da saúde e estudantes de medicina sobre o aborto legal. Metodologia: Foram pesquisados os descritores “aborto”, “legalidade” e “opinião” nas bases de dados SCIELO, BVS e PUBMED, tendo como critérios de inclusão ser completo publicado entre 2011 e 2021 em português, inglês ou espanhol, sendo 6 artigos selecionados. Resultados: A maioria dos profissionais de saúde declara que não atuaria em um serviço de referência para interrupção da gravidez. Em relação aos estudantes de medicina, a maioria se recusaria em realizar um procedimento de aborto, mesmo que dentro a legalidade, e não concorda com a interrupção voluntária da gravidez. Quanto à legalidade do aborto, a maioria dos profissionais e estudantes é a favor em casos de estupro, malformação fetal letal e risco materno. Desenvolvimento: O aborto é considerado pelo Código Penal Brasileiro um crime contra a vida, sendo penalizados auto-abortamento, abortamento consentido e quem realiza o aborto com ou sem consentimento. Conclusão: Fica evidente a opinião encontrada a favor da legalidade de determinadas situações de aborto. Porém, o abortamento voluntário, sabidamente com altos índices de morte materna e complicações, foi bastante renegado.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Aborto; Aborto Legal; Medicina de Emergência

## 1. INTRODUÇÃO

O aborto é uma importante causa de emergência médica, tanto que são elevados os índices de morte materna decorrente de aborto ilegal (FAGUNDES *et al*, 2004). Além disso, quanto piores as condições em que é realizado e a técnica utilizada, maiores as possibilidades de complicações e piores as consequências (HARDY, ALVES, 1992). Assim, se faz necessário que profissionais atuantes na área da saúde se atualizem e repensem constantemente as questões referentes ao aborto (BENUTE *et al*, 2012).

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que buscou elucidar a questão: “Qual a opinião dos profissionais da saúde e estudantes de medicina sobre o aborto legal no Brasil?”. Assim, foram pesquisados os descritores “aborto”, “legalidade” e “opinião” nas bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e National Library of Medicine (NIH-PubMed). Dessa busca, seis artigos que atendiam a pergunta norteadora foram selecionados, tendo como critérios de inclusão ser completo disponível online, publicado entre 2011 e 2021, em português, inglês ou espanhol. Após a seleção, os artigos foram tabulados e as variáveis ano de publicação,

tipo e local do estudo e número de indivíduos foram analisadas.

## 3. RESULTADOS

Dos seis artigos selecionados, dois foram publicados em 2012, dois em 2013 e dois em 2015. A maioria, quatro, era de estudos quantitativos, sendo apenas um qualiquantitativo e um de revisão bibliográfica. Metade dos artigos tratava de estudantes de medicina e a outra metade de profissionais da saúde em geral, com um total de 1726 pessoas. Os locais dos estudos variaram entre os estados brasileiros Bahia, Brasília, Piauí, Rio Grande do Norte e São Paulo.

### 3.1. PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Um dos estudos ocorreu numa instituição na qual existe um Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL). Nele, a maioria dos profissionais de saúde afirma conhecer totalmente ou parcialmente o programa, no entanto, também é maioria os que afirmam que não atuariam no programa ou em qualquer outro que envolva abortamento, justificando “Moralidade”, “Inviolabilidade da vida”, “Objecção de consciência” e motivos “Religioso”, “Emocional”, “Profissional” e de “Estigma” (ROCHA *et al*, 2015).

Verificou-se um conhecimento dos profissionais adequado em relação aos casos permitidos e proibidos por lei (CACIQUE,

PASSINI, OSIS, 2013). Na instituição em que havia PIGL, aproximadamente metade dos participantes do estudo já tinha participado de cursos, palestras ou oficinas em que foram discutidos aspectos éticos ou jurídicos do abortamento (ROCHA *et al*, 2015). Contudo, poucos entendem sobre a documentação exigida da mulher nos serviços de abortamento legal e em situações de risco de morte para a gestante ou de malformações fetais graves (ROCHA *et al*, 2015; CACIQUE, PASSINI, OSIS, 2013).

Outro achado foi o desconhecimento em relação à necessidade de se denunciar a paciente que abortou ilegalmente, bem como a de se registrar a suspeita de aborto ilegal no prontuário médico (CACIQUE, PASSINI, OSIS, 2013).

Observou-se uma maioria na concordância total ou parcial com o direito ao aborto (ROCHA *et al*, 2015), no entanto, muitos são favoráveis ou realizariam o aborto apenas em casos de estupro, risco de vida à gestante e incompatibilidade do feto com a vida (BENUTE *et al*, 2012; ROCHA *et al*, 2015).

Foi encontrado também um estudo com maioria dos profissionais considerando a liberalização do aborto no Brasil um avanço para a sociedade (BENUTE *et al*, 2012). Em outro estudo, os profissionais também demonstram favoráveis à flexibilização do aborto, porém a aceitação varia de acordo com a causa de aborto, com destaque para malformações fetais graves e riscos para a saúde física da mulher (CACIQUE, PASSINI, OSIS, 2013).

Foi encontrada uma relação entre as religiões católica, protestante e espírita e a opinião sobre o direito ao aborto, sendo mais frequente a discordância ou concordância total ou parcial com aborto apenas em casos de estupro, risco de vida à gestante e incompatibilidade do feto com a vida (ROCHA *et al*, 2015).

### 3.2. ESTUDANTES DE MEDICINA

Em um estudo com 1174 estudantes de medicina, 13,2% se recusariam a realizar o aborto em caso de risco de morte da mulher, 31,6% em caso de anencefalia fetal e 50,8% em caso de estupro. Mais ainda, 4,9% não justificaria a recusa à paciente, 28% não encaminharia a mulher a outro médico que não tivesse objeção e 38,8% não detalhariam para ela todas as opções possíveis para a realização do aborto. A objeção de consciência se mostrou mais presente nos estudantes que declararam ter religião, bem como não justificar a recusa, não explicar todas as opções e não encaminhar a mulher a outro profissional (MADEIRO *et al*, 2016).

A ampliação do permissivo legal foi abordada em outro estudo, no qual a maioria dos estudantes se mostrou favorável. No entanto, aproximadamente metade dos estudantes se mostrou desconfortável em realizar o procedimento mesmo que legal. Os alunos da segunda metade do curso apresentaram melhor conhecimento das leis que versam

sobre aborto em relação aos da primeira metade do curso (DARZE, AZEVEDO, 2014).

Foram consideradas pelos estudantes justificativas plausíveis para abortamento legal a presença de feto com qualquer malformação, anencefalia, gestações em mulheres com transtornos mentais a interrupção voluntária obedecendo a determinados parâmetros, como idade gestacional, com destaque para as malformações fetais incompatíveis com a vida (DARZE, AZEVEDO, 2014; MEDEIROS *et al*, 2012).

#### 4. DESENVOLVIMENTO

O aborto é considerado pelo Código Penal Brasileiro (2000), um crime contra a vida, sendo penalizados auto-abortamento, abortamento consentido e quem realiza o aborto com ou sem consentimento. Assim, a pena varia de 1 a 3 anos de detenção para a gestante e de 1 a 4 anos para o médico que realiza o aborto. A pena pode ser agravada se é praticado em menores ou alienados, se há lesões graves ou morte ou se for realizado mediante violência.

Não são punidos os médicos que realizarem o aborto quando só há esse meio para salvar a vida da mulher grávida ou em casos de estupro. Dessa maneira, o médico não pode oferecer endereços de clínica de aborto ou orientar a paciente sobre como abortar com medicamentos, mesmo sem prescrição, e deve denunciar tais práticas de outros colegas, visto

que o Código de Ética Médica do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2001), veda ao médico "acumplicitar-se com os que exercem ilegalmente a medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos".

O Código de Ética Médica (2001) ainda veda ao médico "revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente". Assim, o Código Penal, São Paulo, 2000, prevê detenção de três meses a um ano, ou multa, para a revelação do segredo sem justa causa. E, dentre os achados desse estudo, há o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a necessidade de denúncia da mulher em casos de abortamento, no entanto, é ilegal e cabível de punição ao médico que denunciar uma mulher que induziu o aborto.

Só é autorizado pela lei o aborto em casos de estupro, risco de vida à mulher e anencefalia fetal (MAPA ABORTO LEGAL, 2019). É interessante evidenciar que, neste estudo, há desconhecimento sobre qual documentação deve ser exigida da mulher nesses casos.

Em casos de estupro, a mulher tem o direito de ser atendida pelo SUS e receber tratamentos contra DSTs, pílula do dia seguinte, apoio psicológico e, em casos de gravidez, o direito ao aborto legal, porém a idade gestacional não deve ultrapassar 22 semanas e o peso fetal 500 gramas. Ela deverá assinar no hospital apenas um termo de consentimento (MAPA ABORTO LEGAL, 2019). Dessa maneira fica evidente que não é necessária a apresentação

*e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1 (2021).

Anais do Simpósio de Emergência e Direito Médico. Editora UniBH.

Disponível em: [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/)

de boletim de ocorrência ou de nenhuma prova de que aquele caso é de estupro, apenas a palavra da mulher é suficiente.

Em casos de risco de vida à mulher, cabe à equipe médica informar à gestante sobre os riscos e dar a ela o direito de escolher a continuidade da gravidez, sendo necessário um laudo com opinião de dois médicos, com obrigatoriedade de um ser especializado em ginecologia e obstetrícia, para a realização do aborto. Quando há anencefalia, para ocorrer o aborto a mulher precisa apenas apresentar um exame que comprove a má formação (ultrassonografia) e laudo assinado por dois médicos. Porém, quando há malformações fetais incompatíveis com a vida é necessário autorização judicial para abortar (MAPA ABORTO LEGAL, 2019).

Na presente revisão fica evidente que, mesmo respaldados por lei, os profissionais da saúde preferem não realizar o abortamento, justificando objeção de consciência. Esse fato se mostrou relacionado à religião de tais profissionais. Contudo, muitos são favoráveis ao direito ao aborto, porém apenas em alguns casos específicos, os quais em maioria já estão previstos por lei. A mesma corrente de opinião é encontrada entre os estudantes de medicina, demonstrando ser algo enraizado desde a formação médica.

Cabe ressaltar que essa revisão teve como limitação a presença de poucos estudos que pesquisam a opinião dos médicos e estudantes de medicina em relação ao aborto legal. Isso pode estar relacionado ao fato do assunto

ainda sofrer muito preconceito na sociedade ao passo que ainda não é muito pesquisado.

## 5. CONCLUSÃO

É evidente que o aborto sem as condições de segurança merecidas pode gerar complicações e traz risco à vida da mulher. Dessa maneira, repensar seus limites legais seria interessante, bem como a forma como o aborto legal ocorre nos serviços hospitalares. No entanto, a opinião dos profissionais da saúde encontrada nesse estudo mostra que esse assunto ainda é muito renegado.

## REFERÊNCIAS

- BENUTE, G. *et al.* Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Internet, v. 34, n. 2, p. 69-73, Fev. 2012.
- CACIQUE, D. N; PASSINI, R. J; OSIS, M. J. M. D. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. **Saude Soc.** Internet, v. 22, n. 3, p. 916-936, Set. 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Código de Ética

Médica. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001.

DARZE, O. I. S. P; AZEVEDO, B. K. G. Competencias adquiridas durante a formacao medica e as opinioes e atitudes sobre o aborto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Internet, v. 36, n. 1, p. 5-9, Jan. 2014.

FAÚNDES, A. *et al.* Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Internet, v. 26, n. 2, p. 89-96, Mar. 2004.

HARDY, E. ALVES, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. **Cad. Saúde Pública.** Internet, v. 8, n. 4, p. 454-458, Dez. 1992.

MADEIRO, A. *et al.* Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.** Online, v. 40, n. 1, p. 86-92, Mar. 2016.

MEDEIROS, R. D. *et al.* Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Internet, v. 34, n. 1, p. 16-21, Jan. 2012.

PERGUNTAS FREQUENTES. Mapa Aborto Legal, 2019. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/perguntas-frequentes/>. Acesso em 20 abr. 2021.

ROCHA, W. B. *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Rev. Bioét.** Internet, v. 23, n. 2, p. 387-399, Ago. 2015.

SÃO PAULO. Código Penal. 5ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2000.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## RESPONSABILIDADE MÉDICA NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS ESCASSOS NO CONTEXTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 EM MG

### MEDICAL RESPONSIBILITY IN THE ALLOCATION OF SCARE RESOURCES IN THE CONTEXT OF URGENCY AND EMERGENCY DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN MG

**Breno Henrique Ribeiro Grossi<sup>1\*</sup>; Ana Luisa Ribeiro Pinto<sup>1</sup> Ana Caroline Costa<sup>1</sup>; Flávia Alessandra Costa<sup>2</sup>; Leonardo Santos Bordoni<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Ouro Preto; Ouro Preto, MG. brenogrossibh99@gmail.com, ana.pinto4@aluno.ufop.edu.br, ana.cc1@aluno.ufop.edu.br

<sup>2</sup>Acadêmica do curso de direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, MG. flavia.mendescfj@gmail.com

<sup>3</sup>Mestre em Biologia Celular. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 2005. Médico Legista do IML de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais. leonardosantobordoni@gmail.com

\* autor para correspondência: Breno Henrique Ribeiro Grossi, brenogrossibh99@gmail.com.

**RESUMO:** *Introdução: Em março de 2021, Minas Gerais foi classificada em Onda Roxa em decorrência da piora do quadro epidemiológico estadual com iminente exaustão de recursos, especialmente no que tange à disponibilidade de leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, a discussão sobre a responsabilidade médica na alocação de leitos no atendimento de urgência e emergência torna-se indispensável. Metodologia: Revisão de literatura acerca da responsabilidade médica diante da alocação de leitos em vigência da escassez de recursos durante a pandemia da COVID-19. Resultados: No Brasil não houve alteração legislativa específica para atos médicos praticados no atendimento a pacientes com COVID-19. Foi encontrado um protocolo de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19 da Associação de Medicina Intensiva Brasileira e da Associação Brasileira de Medicina de Emergência. Desenvolvimento: O médico tem respaldo legal para a sua atividade, desde que aja de acordo com o consenso da comunidade médica. A ausência de uma diretriz específica acerca da alocação de leitos transfere para o médico a responsabilidade de arcar com essa decisão de extrema complexidade. Conclusão: Apesar das circunstâncias extraordinárias na pandemia de COVID-19, a legislação brasileira atual ampara a autonomia médica para tomada de decisão. Ainda assim, é evidente a carência de um respaldo institucional que regulamente e homogenize a conduta profissional no que diz respeito à alocação de leitos nos atendimentos de urgência e emergência de MG.*

**PALAVRAS-CHAVE:** COVID-19; Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde; Responsabilidade Profissional; Urgências; Emergências.

## 1. INTRODUÇÃO

No dia 03/03/2021, em Minas Gerais, foi publicada a Deliberação 130 pelo Comitê Extraordinário COVID-19, que implementou o Protocolo Onda Roxa em Biossegurança Sanitário-Epidemiológico no programa estadual Minas Consciente. Inicialmente, esse protocolo abrangia apenas as macrorregiões Noroeste e Triângulo do Norte. Isso porque, a taxa de ocupação dos leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) exclusivos para COVID-19, disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde nessas regiões, alcançou a média de 85%, superando a taxa de ocupação estadual, na época de 71,4% (SES-MG, 2021). Posteriormente, no dia 15/03/2021, essa onda se alastrou por todo estado de Minas Gerais (Governo do Estado de Minas Gerais, 2021).

Diferentemente do plano de contenção previsto nas demais ondas (vermelha, amarela e verde), a adesão à Onda Roxa é obrigatória e independe de qualquer manifestação das autoridades municipais. Seu objetivo é conter o elevado risco de saturação do serviço e restabelecer a capacidade de atendimento hospitalar. A necessidade de implementação de um protocolo mais rígido evidencia o agravamento do quadro epidemiológico estadual e traz enfoque para a iminente exaustão de recursos, especialmente no que concerne à disponibilização de leitos da UTI. (Deliberação 130 pelo Comitê Extraordinário COVID-19, 2021)

No mesmo período em que o Ente Federado tem enfrentado a exaustão do sistema hospitalar e do inchaço causado pela finitude dos recursos materiais, há também o agravante da carência de profissionais médicos para expandir a capacidade de atendimento de qualidade na linha de frente do combate ao COVID-19 (FACCHINI NETO, 2020). Assim, torna-se imprescindível a discussão sobre a responsabilidade médica para alocação de leitos no atendimento de urgência e emergência.

## 2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa acerca da responsabilidade médica diante da alocação de leitos em vigência da escassez de recursos para pacientes com COVID-19. A busca se deu por meio dos sítios eletrônicos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG). A pesquisa jurídica teve como base de análise as doutrinas de Caio Mário da Silva Pereira, Nelson Rosenvald, Cristiano Chaves de Faria, Felipe Peixoto Braga Netto e Carlos Roberto Gonçalves. As doutrinas foram utilizadas com intuito de delimitar a responsabilidade profissional do médico e avaliar o respaldo jurídico da atuação médica e tomada de decisão no contexto de pandemia.

### 3. RESULTADOS

No Brasil, não houve alteração legislativa específica para atos médicos praticados no atendimento a pacientes com COVID-19. Além disso, não foram encontradas recomendações formais do CFM e CRM-MG referentes à decisão de alocação de leitos quando a demanda suplanta a disponibilidade de vagas. Foi encontrado somente um protocolo de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19, publicado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) em conjunto com a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). A ancoragem jurídica genérica fornecida pelas doutrinas civilistas consultadas demonstram que há um respaldo jurídico que protege os médicos na tomada de decisões no contexto de escassez de recursos oriundo da pandemia.

### 4. DISCUSSÃO

A responsabilidade civil é o instituto jurídico que imputa ao agente causador ou àquele previsto em lei o dever de indenizar pelo dano causado a outrem por ato ou omissão que viole um dever jurídico. Assim, funda-se na ideia de reparabilidade, congregando as funções punitiva, pedagógica e de solidariedade (PEREIRA, 2018). No ordenamento jurídico

brasileiro, a responsabilidade profissional do médico está prevista no artigo 951 do Código Civil e também no artigo 14, §4º do Código de Defesa do Consumidor, sendo a presença do elemento volitivo (dolo ou culpa) indispensável em ambas previsões legais. O dever de indenizar surge com a verificação do ato ilícito, do dano, do nexo causal entre eles e quando há dolo (intenção do agente de causar dano ao paciente) ou culpa (negligência, imprudência ou imperícia) (FARIAS, 2015). Ademais, a responsabilidade profissional se pauta na distinção entre obrigação de meio e obrigação de resultado. Isso porque o médico pode responder pelo emprego de técnicas adequadas, aceitas e recomendadas pela comunidade científica ou pelo resultado pactuado.

Especificamente no caso da urgência e emergência, a obrigação médica é sempre de meio, ou seja, é analisada com base na técnica/conduta estabelecida pela comunidade médica, sendo irrelevante o resultado final. Logo, o médico que age em consonância com as deliberações dos conselhos e recomendações de sociedades tem respaldo legal para a sua conduta (FARIAS, 2015). Nesse particular, os pareceres da comunidade médica têm especial relevância porquanto funcionam como parâmetro para a atuação diligente dos médicos, protegendo tanto os pacientes de escolhas arbitrárias e infundadas, quanto os profissionais, que se resguardam do dever de indenizar. Sendo a responsabilidade médica de meio e subjetiva, é preciso analisar como se daria a imputação no contexto de

pandemia. Isso porque, ela trouxe, para além da problemática de uma doença cujo tratamento ainda não é pacificado nem chancelado pelas autoridades competentes, a questão da finitude dos recursos disponíveis para o atendimento das pessoas acometidas pelo vírus SARS-CoV-2.

Nesse contexto, especialmente no que tange a alocação de leitos, a escassez de direcionamentos específicos transfere para o médico a responsabilidade de arcar, sob pressão, com o peso dessa decisão de extrema complexidade tanto técnica quanto emocional. Diante das circunstâncias extremas em que muitos médicos estão exercendo sua profissão, estressados e sobrecarregados, isolados das famílias ou com medo de contaminá-las, em jornadas de trabalho excessivas e cercados de incertezas científicas quanto ao manejo do paciente com COVID-19, entende-se que transferência de responsabilidade pode afetar a saúde mental do profissional (FACCHINI NETO, 2020). Vale ressaltar que a tomada de decisão pode ser fragilizada por um estado mental prejudicado (TEIXEIRA et al., 2020). Dessa forma, uma regulamentação norteadora poderia auxiliar a tomada de decisão e preservar a saúde mental dos profissionais de saúde.

## 5. CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 é uma circunstância extraordinária no sistema de saúde, principalmente pelo grande impacto que causa

na demanda de recursos de urgência e emergência e sua subsequente escassez. Apesar dessa situação alarmante de necessidade de alocação de recursos, a legislação brasileira atual ampara a autonomia médica para tomada de decisão e exercício profissional, desde que o ato médico esteja em consonância com as evidências científicas mais recentes e com as recomendações dos conselhos federais, regionais e de sociedades médicas. Ainda assim, é evidente a carência de um respaldo institucional que direcione a conduta profissional para a homogeneidade e segurança no que diz respeito à alocação de leitos nos atendimentos de urgência e emergência de Minas Gerais.

## REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Associação Brasileira de Medicina de Emergência; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. 5 mai 2020. Acesso em 20 de abril de 2021. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/24/VJS01\\_maio\\_-](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_-)

\_Versa\_o\_2\_-

\_Protocolo\_AMIB\_de\_alocac\_a\_o\_de\_recur\_sos\_em\_esgotamento\_durante\_a\_pandemia\_por\_COVID.pdf.

Comitê Extraordinário Covid-19 (MG). Deliberação 130, de 03/03/2021. Institui o Protocolo Onda Roxa em Biossegurança Sanitário-Epidemiológico – Onda Roxa – com a finalidade de manter a integridade do Sistema Estadual de Saúde e a interação das redes locais e regionais de assistência à saúde pública, em razão da pandemia de COVID-19. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 35 (caderno 1):2, p.129, 4 mar 2021.

FACCHINI NETO, E. Responsabilidade médica em tempos de pandemia. **Revista Instituto Brasileiro de Estudos de Responsabilidade Civil (IBERC)**, p. 93–124, 15 jul. 2020. <https://doi.org/10.37963/iberc.v3i2.119>

FARIAS, Cristiano Chaves de. Rosenvald, Nelson. NETTO, Felipe Peixoto Braga. **Curso de direito civil: responsabilidade civil**, volume 3. 2. ed. rev., ampl.e atual. São Paulo: Atlas, 2015.

Governo do Estado de Minas Gerais. Acesso em: 20 de abril de 2021. Disponível em:<https://www.mg.gov.br/noticias/minas-consciente/ponto-ponto-entenda-o-que-pode-e-o-que-nao-pode-funcionar-durante-onda>

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Responsabilidade Civil**. 12. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Acesso em 20 de abril de 2021.

Disponível

em:

<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/noticias/273-governo-cria-onda-roxa-no-minas-consciente-e-decreta-fechamento-em-duas-regioes-do-estado#:~:text=Not%C3%ADcias,Governo%20cria%20onda%20roxa%20no%20Minas%20Consciente%20e,em%20duas%20regi%C3%B5es%20do%20estado&text=As%2060%20cidades%20que%20comp%C3%B5em,e%20aos%20finais%20de%20semana>.

TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

## **ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO**

### **RESUMO EXPANDIDO**

## **SIGILO MÉDICO: NUANCES DA QUEBRA DE CONFIDENCIALIDADE NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA**

## **MEDICAL CONFIDENTIALITY: NUANCES OF CONFIDENTIALITY BREACH IN AN EMERGENCY CONTEXT**

**Giovanna Dandara Leite Silvério de Sousa<sup>1\*</sup>; Ana Luiza Andrade Rabelo<sup>1</sup>;  
Isabela Luz de Moraes<sup>1</sup>; Júlia Orlandi Lacerda<sup>1</sup>; Luiza Monteiro dos Santos<sup>1</sup>;  
Vithória De Oliveira Correa<sup>2</sup>**

1. Acadêmicas de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH; Belo Horizonte, MG. E-mails: giovannadandara@gmail.com, analuizaarabelo@gmail.com, belaluz01@gmail.com, juliaorlandi99@gmail.com, luizamonteiro.ds94@gmail.com

2. Advogada. Assessor Administrativo II do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Graduada em Direito pela Faculdade Arquidiocesana de Curvelo. Especialista em Finanças Públicas pela Escola de Contas e Capacitação Professor Pedro Aleixo. Especialista em Direito Administrativo pela Universidade Cândido Mendes; Belo Horizonte, MG. E-mail: vithoria.correa@hotmail.com

\* autor para correspondência: Giovanna Dandara Leite Silvério de Sousa: giovannadandara@gmail.com

**RESUMO:** O sigilo médico é definido como o dever do médico em assegurar a confidencialidade aos dados dos pacientes, e constitui-se um direito de todo cidadão. O objetivo do presente estudo é apresentar e discutir os principais aspectos envolvidos na quebra da confidencialidade médica, com enfoque nas situações de emergência que exigem o conhecimento ético-legal por parte do médico. Trata-se de uma revisão de literatura, feita através da análise de periódicos, teses e artigos contidos nas plataformas online SciELO e Google Acadêmico, de leis e diretrizes da Constituição Federal Brasileira, Código de Ética Médica e Código Penal Brasileiro, além de resoluções propostas pelo Conselho Federal de Medicina. Os artigos revisados ressaltaram a importância da confidencialidade, os aspectos legais que sustentam a quebra do sigilo, e situações em que a quebra é vedada. Em emergências médicas, a principal situação que relativiza o sigilo médico é a justa causa, na qual está em risco a saúde de um indivíduo ou de terceiros. Nesse cenário, situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos a crianças, adolescentes ou idosos e a notificação de doenças infectocontagiosas permitem a quebra de confidencialidade. Na hipótese de cometimento de crime, como em casos de abortos provocados, o médico está vedado de quebrar o sigilo ou expor informações que possam acarretar processo criminal ao paciente. O sigilo médico possui nuances que deverão ser corretamente abordadas a partir de um respaldo legal sólido, de forma a evitar possíveis complicações judiciais ao serviço de saúde e ao médico responsável.

**PALAVRAS-CHAVE:** Confidencialidade; Ética Profissional; Relações Médico-Paciente; Maus-Tratos Infantis; Aborto.

## 1. INTRODUÇÃO

O sigilo médico, ato que garante a proteção das informações compartilhadas pelo paciente no momento da consulta, constitui-se um direito de todo cidadão, sendo consagrado um pilar na boa relação médico-paciente (LUTZ; DE CARVALHO; BONAMIGO, 2019). De acordo com o art. 73. do Código de Ética Médica e com o inciso X do art. 5º da Constituição Federal Brasileira, é dever do médico garantir confidencialidade aos dados dos pacientes, suas queixas, resultados de exames e relatos fornecidos por eles, tornando-se a violação do sigilo somente justificável e permitida em casos específicos ou através de autorização por escrito do paciente (DOS SANTOS *et al.*, 2012).

A necessidade de sigilo profissional por parte dos médicos favorece a construção de uma relação de confiança com o paciente, garante liberdade e segurança na revelação de informações pessoais cruciais e fornece ao indivíduo o amplo exercício do princípio bioético da autonomia, permitindo-lhe o protagonismo acerca de suas questões médicas (VILLAS-BÔAS, 2015). A quebra injustificável do sigilo viola a privacidade, a honra e a vida íntima dos indivíduos, sendo prevista pelo Código Penal a detenção de 3 meses a 1 ano ou multa ao profissional médico que romper com a confidencialidade (LUTZ; DE CARVALHO; BONAMIGO, 2019).

Reconhecidamente em situações de emergência, nas quais a manutenção do sigilo

pode representar riscos ao paciente ou a terceiros, a confidencialidade pode ser quebrada, visto que, de acordo com o Código Penal Brasileiro, não há crime se a decisão se pautou por necessidade, em legítima defesa, em estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular de direito. Dentre as situações em que são permitidas o rompimento de confidencialidade, se configuram: a suspeita de abusos ou agressão à idosos e crianças, a verificação de ferimentos causados por armas de fogo e a notificação compulsória de determinadas doenças transmissíveis (SCARTON, 2015).

Nesse cenário, constitui-se um grande desafio para o médico despir-se de subjetividades ao julgar as nuances legais que permitem o rompimento do sigilo médico. No contexto da emergência, no qual medidas precisam ser tomadas de maneira rápida e assertiva, essa decisão se torna ainda mais difícil, sendo, portanto, fundamental ao médico o reconhecimento dos aspectos éticos e legais reguladores da prática médica (DOS SANTOS *et al.*, 2012). O objetivo do presente estudo é apresentar e discutir os principais aspectos envolvidos na quebra da confidencialidade médica, com enfoque nas situações de emergência que exigem o conhecimento ético-legal por parte do médico, de forma a garantir atendimento correto ao paciente e respaldo legal em suas decisões.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, feita através da análise de periódicos, teses e artigos contidos nas plataformas online SciELO e Google Acadêmico, de leis e diretrizes da Constituição Federal Brasileira, Código de Ética Médica e Código Penal Brasileiro, e de resoluções propostas pelo Conselho Federal de Medicina. Para tanto, foram utilizados seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): “Confidencialidade”; “Ética Profissional”; “Relações Médico-Paciente”; “Maus-Tratos Infantis”; “Aborto”. Como critério de inclusão foram selecionados 15 artigos científicos integralmente disponíveis em português ou inglês, publicados nos últimos 25 anos. Publicações científicas que não contemplavam o objetivo desse estudo não foram incluídas.

## 3. RESULTADOS

Os artigos selecionados para a revisão ressaltaram a importância da confidencialidade na relação médico-paciente e apresentaram aspectos legais que sustentam a quebra do sigilo, bem como situações em que a quebra é vedada. A partir desse compilado, foram efetuadas análises críticas referentes a diversas situações de urgência e emergência pelas quais, em sua grande maioria, envolvem o sigilo médico. Esses estudos trouxeram como resultado a relação indissociável entre a ética e

o exercício profissional pelo qual o médico deve possuir no seu ofício, devendo reconhecer adequadamente as ocasiões pelas quais é válida a quebra do sigilo médico.

## 4. DISCUSSÃO

No atual contexto de intenso desenvolvimento tecnológico, em que se observa uma grande circulação de notícias e informações, os conceitos que envolvem a regulação da prática médica ganharam muito destaque. A crescente autonomia do paciente no processo de tomada de decisões no curso de seu tratamento, graças à facilidade para encontrar informações, aliado à judicialização da medicina, impõe ao médico a necessidade de se resguardar e fortalecer a sua relação com o paciente.

A existência do sigilo médico, defendido no Brasil pelo Código de Ética Médica (CEM), fornece ao paciente a segurança de que suas informações pessoais, coletadas no atendimento, bem como a terapêutica escolhida, e o seu prognóstico não serão expostos (MARTINS, 2003). No âmbito da emergência, a relação médico-paciente fica dificultada, uma vez que se torna necessário conciliar o risco iminente de morte do paciente com os aspectos éticos e legais a serem respeitados, principalmente no que tange ao sigilo médico. É válido ressaltar que é dever do médico respeitar a privacidade e confidencialidade de informações acerca do seu paciente, mas é preciso pensar nas

situações de obrigação legal e para com os outros, em que o sigilo médico comportaria suas exceções.

Uma situação em que o segredo médico poderá ser violado é na notificação de doenças infectocontagiosas, como por exemplo: dengue, sarampo, tuberculose, febre amarela e até sobre pacientes HIV positivos. Essa medida é importante para proteger a sociedade da possibilidade de transmissão silenciosa dessas enfermidades, constituindo uma importante medida de saúde pública e controle epidemiológico. Além disso, o sigilo poderá ser quebrado a partir do consentimento, por escrito, do paciente. Dessa forma, informações do prontuário só deverão ser fornecidas mediante autorização do cliente, independente de quem o está solicitando (LEITE, 2013).

Em situações de emergência médica, a principal situação que relativiza o sigilo médico é a justa causa, na qual está em risco a saúde de um indivíduo ou de terceiros, contemplando um estado de necessidade. Situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos a crianças, adolescentes ou idosos, configuram um cenário de justa causa, sendo a quebra de confidencialidade pautada no princípio bioético da não-maleficência na qual, os aspectos morais e sociais envolvidos no cenário permitem o não cumprimento do sigilo (SCARTON, 2015).

Além dos maus-tratos, outra situação na emergência que relativiza a confidencialidade médica é o abuso de drogas lícitas ou ilícitas por crianças ou adolescentes. Essas substâncias têm o potencial de provocar danos

biológicos e psicossociais e necessitam de intervenção, bem como manejo especializado para que a criança ou adolescente consiga abandonar o vício, sendo fundamental a comunicação da situação aos responsáveis, para que a efetivação das medidas de tratamento sejam divididas entre médico e responsáveis legais, uma vez que os riscos do abuso de drogas vão muito além dos danos fisiológicos, podendo envolver também vulnerabilidades sociais (CARVALHO; TORREAO, 1999).

Em contrapartida, é importante ressaltar que a não responsabilidade legal, não se traduz na obrigatoriedade de repassar suas informações aos pais ou responsáveis. De acordo com o artigo 15 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), "a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis", de modo que, desde que o menor tenha capacidade de avaliar sua condição clínica e solucioná-la sem causar-lhe danos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019), não há obrigatoriedade em revelar informações clínicas do paciente aos pais, mesmo que solicitadas por esses. A exemplo, pode-se citar casos de adolescentes que à emergência é identificada a necessidade de tratamento para doenças sexualmente transmissíveis, mas que não desejam que sua vida sexual se torne algo de conhecimento por parte dos pais. O mesmo não se aplica em casos de pacientes menores de 14 anos, tendo

em vista que, em conformidade com o Código Penal, relações sexuais com menores de 14 anos é caracterizado como crime de estupro (BRASIL, 2009).

Outra situação de conflito na decisão da quebra de sigilo médico ocorre em casos de abortamento. Caso uma mulher chegue ao pronto atendimento em busca de socorro e assistência, devido a consequências de um aborto clandestino ou aborto malsucedido, é dever do médico resguardar o direito da paciente e manter em sigilo toda informação que lhe for confessada. Entretanto, tal situação gera grande conflito uma vez que o aborto é crime, mas, por se tratar de uma conduta que afetará apenas a paciente, sem danos a terceiros e sem justa causa, o médico fica então proibido de fazer a denúncia às autoridades (SANTOS, 2019). No contexto do abortamento, também se torna relevante o exposto no Art. 3 da Resolução nº 1605/2000 do CFM, ao ponderar que, na hipótese de cometimento de crime, o médico está vedado de quebrar o sigilo ou expor informações que possam acarretar processo criminal ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2000).

Ademais, é importante ressaltar a relevância do preenchimento minucioso e legível do prontuário médico, pois além de servir como base para a comunicação entre profissionais de saúde ao integrar e garantir a continuidade de um tratamento, tal documento possui grande valor judicial visto que em um eventual processo administrativo ou judicial será a primeira evidência a ser analisada (LEITE,

2013; CARVALHO; TORREAO, 1999). Dessa forma, é essencial que haja a elaboração e um amplo preenchimento do prontuário na medida em que comprova fatos pertinentes e as condutas médicas, garantindo então um respaldo legal, ao médico e ao paciente, acerca dos acontecimentos (SAMPAIO; DA SILVA, 2010).

Assim sendo, apesar da confidencialidade e o respeito à privacidade serem considerados preceitos morais fundamentais os quais devem ser respeitados pelos profissionais da saúde, o dever do sigilo médico possui nuances que deverão ser corretamente abordadas a partir de um respaldo legal sólido, de forma a evitar possíveis complicações judiciais ao serviço de saúde e ao médico responsável. Torna-se, portanto, fundamental que o profissional médico reconheça as situações em que a confidencialidade poderá ser quebrada, sendo o conhecimento dos preceitos reguladores do direito médico de extrema importância para o exercício assertivo e legal da profissão.

## 5. CONCLUSÃO

O sigilo médico é fundamental para assegurar ao paciente que suas informações pessoais não serão objeto de conhecimento público, motivo para exposição, segregação ou humilhação em sociedade, tornando-se então ferramenta essencial para que a comunicação médico-paciente seja a mais clara e completa possível e, ainda assim, resguardando a individualidade de cada paciente. É dever do

médico cumprir com o sigilo, bem como é seu dever notificar doenças infectocontagiosas ou reportar situações excepcionais nas quais valores sociais são extremamente relevantes ou nas quais haja dever legal de denúncia, existindo então um impasse na confidencialidade. A fim de evitar ilegalidades e processos nesse sentido, deve o profissional médico evitar expor casos de pacientes sem que haja real justificativa e sempre solicitar autorização por escrito do paciente para que suas informações sejam reveladas, idealmente justificando o motivo e finalidade para tal violação. No cenário da emergência, o médico deve estar bem orientado no que se refere ao exercício ético-legal da profissão e os seus limites para que, assim, saiba enfrentar de forma segura o dilema sobre quais situações na emergência cabe a quebra da confidencialidade na relação médico-paciente.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm#:~:text=e%20%C3%A0%20Dignidade-.Art.,na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20e%20nas%20leis](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm#:~:text=e%20%C3%A0%20Dignidade-.Art.,na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20e%20nas%20leis). Acesso em: 10 mar. 2021.
- BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm). Acesso em: 10 mar. 2021.
- CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci; TORREAO, Lara de Araujo. Aspectos éticos e legais na emergência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, p. s307-s314, nov./dez. 1999. Supl. 2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.400>. Acesso em: 11 mar. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.605/2000. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 30, 29 set. 2000. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2000/1605>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217/2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: **Portal Conselho Federal de Medicina [Internet]**, 108 p., 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1 (2021). Anais do Simpósio de Emergência e Direito Médico. Editora UniBH. Disponível em: [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/)

DOS SANTOS, Maria de Fátima Oliveira *et al.* Limites do segredo médico: uma questão ética. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 90-100, dez. 2012. Disponível em: <https://revista.facene.com.br/index.php/revista/issue/view/28/46>. Acesso em: 10 mar. 2021.

LEITE, Flávia Bueno de Cerqueira. A relativização do sigilo profissional médico. **Revista eletrônica [do] Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região**, Curitiba, v. 3, n. 25, p. 24-33, nov. 2013. Disponível em: [https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/95155/2013\\_leite\\_flavia\\_relativizacao\\_sigilo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/95155/2013_leite_flavia_relativizacao_sigilo.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 10 mar. 2021.

LUTZ, Kevin Timm; DE CARVALHO, Diego; BONAMIGO, Elcio Luiz. Sigilo profissional: conhecimento de alunos de medicina e médicos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 471-481, jul./set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273331>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422019000300471&tln=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000300471&tln=pt). Acesso em: 10 mar. 2021.

MARTINS, Gerson Zafalon. Sigilo médico. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 2, n. 3, p. 260-265, 2003. Disponível em: <https://www.jvascbras.org/article/5e20c2900e88252604939fde/pdf/jvb-2-3-260.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SAMPAIO, Adriano Cavalcante; DA SILVA, Maria Rejane Ferreira. Prontuários médicos:

reflexo das relações médico-paciente. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 451-468, 2010.

Disponível em:

[https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/576/548](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/576/548). Acesso em: 10 mar. 2021.

SANTOS, Camila Sabrina Vieira. **Análise da quebra do sigilo médico profissional nos casos de aborto dentro do direito brasileiro**. Orientador: Prof. Gustavo Wohlfahrt Bohlenberger. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário São Lucas, Curso de Direito, Ji-Paraná, 2019. Disponível em: <http://repositorio.saolucasjiparana.edu.br:8080/handle/123456789/75>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SCARTON, Rodrigo Resende. Violação do segredo profissional dos médicos: aspectos jurídicos e (bio)éticos. **Revista da SORBI**, v. 3, n. 2, p. 20-35, 2015. Disponível em: [https://www.sorbi.org.br/revista/index.php/revista\\_sorbi/article/view/49](https://www.sorbi.org.br/revista/index.php/revista_sorbi/article/view/49). Acesso em: 10 mar. 2021.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 513-523, set./dez. 2015. DOI: [10.1590/1983-80422015233088](https://doi.org/10.1590/1983-80422015233088). Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422015000300513&lng=pt&tln=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300513&lng=pt&tln=pt). Acesso em: 10 mar. 2021.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## SOLICITAÇÃO DA TUTELA DE URGÊNCIA ANTECIPATÓRIA NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### REQUEST FOR PRELIMINARY INJUNCTION IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

**Thawany Pereira de Paula<sup>1\*</sup>; Maria Gabriela Tirelli de Freitas<sup>2</sup>; Gabriel Augusto  
Souza Andrade<sup>3</sup>; Ana Júlia Silva Pereira<sup>4</sup>; Roberta Ferraco Scolforo<sup>5</sup>**

1. Acadêmica de Medicina. Universidade Federal de Lavras. Lavras, Minas Gerais. thawanypereira30@gmail.com
2. Acadêmica de Medicina. Universidade Federal de Lavras. Lavras, Minas Gerais. maria.freitas1@estudante.ufla.br
3. Acadêmico de Medicina. Universidade Federal de Lavras. Lavras, Minas Gerais. gabriel.andrade4@estudante.ufla.br
4. Acadêmica de Direito. Universidade Federal de Lavras. Lavras, Minas Gerais. ana.pereira7@estudante.ufla.br
5. Mestre em Administração Pública. Universidade Federal de Lavras, 2013. Docente da disciplina de Direito Médico do curso de Medicina pela Universidade Federal de Lavras. Lavras, Minas Gerais. roberta.ferraco@ufla.br

\* autor para correspondência: Thawany Pereira de Paula; thawanypereira30@gmail.com

**RESUMO:** O presente artigo discorre acerca da tutela de urgência, um encargo jurídico adotado pelo Estado para garantir a execução de todos os direitos constitucionais aos cidadãos. Dessa forma, quando aplicado ao direito à saúde, percebe-se a existência de situações que limitam o acesso ao atendimento à diversos indivíduos, tais como, questões burocráticas e escassez de recursos. Para combater a não execução do direito à saúde, pode-se recorrer à tutela de urgência. Entretanto, em situações emergenciais onde o tempo é de extrema importância, a demora para que se transcorra os trâmites legais desta solicitação pode ser fatal. Assim, adota-se a intitulada tutela de urgência antecipatória, na qual, mesmo que se exijam pré-requisitos em sua petição inicial, estes podem ser acrescentados posteriormente devido à necessidade da garantia do direito de forma instantânea. Portanto, faz-se importante a compreensão dos trâmites envolvidos na solicitação da tutela de urgência, haja vista sua relevância no cumprimento dos direitos previstos na Constituição Federal.

**Palavras chave:** Urgência; Brasil; Direito à Saúde; Constituição

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente no Brasil, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, a qual permanece em vigor e se encontram todos os direitos dos cidadãos brasileiros. Dentre estes, há o direito à saúde, que deve ser garantido pelo Estado, e implementado através do Sistema Único de Saúde, o qual, possui princípios como a universalidade e a equidade. Entretanto, diversas são as limitações que possibilitam o não cumprimento deste direito, como o número limitado de recursos e até mesmo questões burocráticas, e para contorná-las, se torna necessário o emprego de meios judiciais para garantir o direito dos cidadãos (ANJOS; RIBEIRO E MORAIS, 2021).

Quando se trata de saúde, deve-se atentar especialmente para as situações ditas emergenciais, ou seja, aquelas em que há risco de dano permanente ou risco de morte. Nesse contexto, encontra-se a tutela de urgência, um mecanismo que consiste na proteção do Estado para garantia da execução dos direitos, quando o indivíduo está sob risco de danos e a demora dos trâmites legais pode privá-lo de seus direitos. Esta é adotada, quando se faz necessário a autorização judicial para uso dos recursos essenciais ao atendimento, e o tempo transcorrido pode resultar em quebra da execução constitucional, além de ser fatal ao paciente.

Portanto, torna-se necessário o esclarecimento acerca dos trâmites legais envolvidos na

solicitação da tutela de urgência, haja vista a importância dessa prática como forma de assegurar o direito do indivíduo.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura, sendo que para encontro e seleção dos artigos, adotou-se a pesquisa em bases de dados com subsequente leitura. Dessa forma, foram escolhidas preferencialmente as bases de dados brasileiras, BVS, Scielo e LILACS, onde foram utilizados como descritores: “tutela de urgência”; “jurídico”; “Brasil”; “assistência médica” e “direito à saúde” para a pesquisa.

Considerando os constantes avanços na legislação vigente sobre a tutela de urgência, determinou-se ainda, a seleção de artigos datados dos últimos 10 anos, para leitura dos que se encontrassem atualizados.

## 3. RESULTADOS

A partir da pesquisa realizada pelos descritores nas bases de dados escolhidas, foram encontrados um total de 18 artigos científicos. Desse total, foi realizada uma seleção a partir de critérios de inclusão e exclusão, que determinou na escolha de 17 artigos para estudo.

A produção da área evidenciou que o direito à saúde é assegurado constitucionalmente.

Observou-se, ainda, que quando os trâmites burocráticos falham nesta garantia, o Poder Público proporciona à população meios, tal como a tutela de urgência antecipatória, para afirmar o acesso à saúde, posto que é recurso essencial para viver.

#### 4. DESENVOLVIMENTO

São inúmeras as situações de urgência que destoam do tempo demandado nos conflitos jurídicos. A partir desta premissa, o Novo Código de Processo Civil abandonou o formalismo exacerbado, presente do Código anterior, como forma de primar pela análise do direito material pleiteado (JÚNIOR, 2019, p. 28).

Neste sentido, o artigo 294 do Novo Código de Processo Civil, prevê as tutelas de urgência e de evidência, sendo a primeira, dividida entre as subespécies antecipada e cautelar. Ademais, há a possibilidade de serem concedidas em caráter antecedente ou incidental que, no entanto, são limitadas pela possibilidade de irreversibilidade da decisão.

Outrossim, a concessão de ambas é condicionada à alguns aspectos, sendo eles, conforme o artigo 300 do Novo Código de Processo Civil, a demonstração da probabilidade, o direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo, também chamado de “*fumus boni iuris*” e “*periculum in mora*”, respectivamente.

A tutela de urgência antecipada possui caráter satisfatório, tendo em vista que concede ao requerente, provisoriamente, o usufruto do que só poderia ser recebido no final da sentença. Isso ocorre quando se comprova que a morosidade do processo poderá causar danos permanentes ao autor. Assim, a medida é respaldada pela proteção dos direitos civis e legitimidade do processo. Sobre a tutela antecipada: “[...] o juiz objetiva afastar um perigo iminente de dano ou risco ao resultado útil do processo” (GONÇALVES, 2018, p. 348), exemplificando a fundamentação da tutela.

Outro aspecto importante para pleitear a tutela antecipada em caráter antecedente é o momento do requerimento. Se feita anteriormente a oitiva das partes, será conferida em caráter liminar. Ainda, poderá ser concedida na sentença, podendo prolongar o processo. Geralmente, o juiz concede durante a ação, já que há maior reconhecimento de sua necessidade.

Dessa forma, a tutela antecipatória é resultado da probabilidade de direito e do risco de dano irreparável. Além disso, a reversibilidade, característica essencial deste tipo de tutela, deverá ser fática, para que possibilite a propositura de futura ação, por uma das partes, com o fito de rever, reformar ou invalidar a concessão da tutela.

Importante, ainda, destacar a estabilização da tutela antecipada que ocorre mediante a ausência de interposição de recurso contra a decisão que a concedeu. Assim, seus efeitos perdurarão até que uma ação posterior, com prazo decadencial de dois anos, modifique ou

revogue a tutela, conforme artigo 304, § 5º do Novo Código de Processo Civil. Portanto, não se faz coisa julgada com a estabilização da tutela, mas sim, decorrido o prazo de dois anos contados do conhecimento da decisão que extinguiu o processo.

Ao questionar a efetividade das tutelas antecipadas em caráter antecipatório no acesso à saúde, deparar-se-á com o questionamento primordial: nas decisões será priorizado o direito à saúde ou o limite do orçamento estatal?

Não há resposta simplista e objetiva para tal questionamento, bem como o presente trabalho não visa esgotar a pluralidade das abordagens cabíveis, mas sim, traçar um panorama geral do posicionamento das decisões acerca do tema.

Essencial o entendimento de que o acesso à saúde está previsto no artigo 6º da Constituição Federal, bem como que o artigo 2º da Lei nº 8.080/90 aduz o dever do Estado de assegurá-lo, mediante cooperação solidária entre os entes federativos. Por outro lado, é constante o argumento de que o orçamento público é limitado e nem sempre consegue suprir tamanha demanda.

Neste sentido, tem-se a utilização do princípio da reserva do possível que:

[...] consiste na realização dos direitos sociais condicionada à quantidade de recursos disponíveis, sob pena de, ao dar enfoque a apenas um desses direitos, inviabilizar a prestação

de outros. (SOUZA, 2012, p. 531).

Frisa-se que não há direito absoluto e, portanto, o acesso à saúde fica suscetível a limitações, criando um escudo ao gestor que utiliza desse argumento para se eximir de prezar pela isonomia, aos moldes da Constituição Federal (SCHULZE, 2019 p. 63 *apud* PREVE, p. 58, 2019)

Neste contexto, expõe-se:

No entanto, ressalta-se que no Brasil, a falácia argumentativa de limitação financeira não é óbice para o fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos, uma vez que o Poder Judiciário atua de forma a dar prevalência na invocação dos direitos fundamentais, ficando superado diante do argumento da inexorável escassez financeira do Estado. (PREVE, 2019, p. 55)

Consoante a isso, a jurisprudência tem caminhado no sentido de prezar pelo direito à saúde, garantindo que, quando verificado todos os elementos indispensáveis, as tutelas antecipadas em caráter antecedente sejam concedidas, mesmo que em detrimento do orçamento público, visto que “(...) o direito à saúde, e consequentemente a vida, se

sobressai ao zelo pelo patrimônio.” (PREVE, 2019, Pág. 56).

## 5. CONCLUSÃO

Por fim, através dos resultados obtidos e no decorrer das informações apresentadas, no contexto do cumprimento dos direitos legais dos cidadãos, a tutela provisória de urgência se vê como ferramenta fulcral de asseguarção efetiva do provimento final e para a não morosidade do processo. Especialmente no âmbito de assegurar os direitos fundamentais e da concessão desse recurso como instrumento importante no aprazimento de medicamentos, tratamentos, da promoção de saúde e consequentemente da dignidade humana. Sendo assim, é de caráter jurisprudencial a garantia de prezar sempre pelo direito à saúde e aos direitos fundamentais do cidadão, apenas após a verificação de todos os elementos indispensáveis para a posterior concessão das tutelas de urgência antecipadas, caracterizando-se como um mecanismo importante de resolução de conflitos. Assim, ressalta-se como premissa maior, que o deferimento da tutela provisória será regido por normas do cumprimento momentâneo de sentença, cabendo ao judiciário, a pressuposição da probabilidade do direito e o risco ao resultado útil do processo.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, Elisângela César dos Santos; RIBEIRO, Danilo da Costa; MORAIS, Leonnardo Vieira. Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersetorial. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 113–128, 2021.
- CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1335–1356, 2016.
- CHAGAS, Flávia de Azevedo Faria Rezende; VILARDO, Maria Aglaé Tedesco; NORONHA, José Carvalho de. As tutelas de urgência com pedidos de saúde em sede de plantão judiciário noturno. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 232–243, 2019.
- COELHO, Tiago Lopes; FERRÉ, Felipe; CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques; *et al.* Legal and health variations in drug litigation injunctions granted in Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 808–816, 2014.
- DIDIER JR., Fredie. **Curso de Direito Processual Civil**, vol. 2, 11. ed. Salvador: Ed. Jus Podivm, 2016. p. 608.
- DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 591–598, 2014.

*e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1 (2021).

Anais do Simpósio de Emergência e Direito Médico. Editora UniBH.  
Disponível em: [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/)

GEBRAN NETO, João Pedro, SCHULZE, Clenio Jair. **Direito à saúde**. 2 ed. rev. e ampliada. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019.

GONÇALVES, M. V. R. **Novo Curso de Direito Processual Civil, volume 1: Teoria Geral e Processo de Conhecimento**. 15 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO, Silvio; COSTA, Augusto Chad; *et al.* Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 620–628, 2010.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza et al. **A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias**. Rio de Janeiro. 2010.

MENDES, Aluisio Gonçalves De Castro; SILVA, Larissa Clare Pochmann da. A tutela provisória no ordenamento jurídico brasileiro: a nova sistemática estabelecida pelo CPC/2015 comparada às previsões do CPC/1973. **Tutela provisória**, v. 2, p. 27-36, 2016.

PREVE, Letícia Elias. Judicialização da saúde: a tutela provisória de urgência como instrumento de efetivação do direito à saúde. **Direito-Tubarão**, 2019.

REDONDO, Bruno Garcia. Estabilização, modificação e negociação da tutela de urgência antecipada antecedente: principais controvérsias. **Revista de Processo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, n. 244, jun. 2015.

ROMERO, Luiz Carlos. A jurisprudência do tribunal de justiça do Distrito Federal em ações

de medicamentos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 11, n. 2, p. 11, 2010.

SOUZA, Arthur César de.; SORRILHA, Rubia Cristina. A estabilização da tutela provisória de urgência antecipada no novo código de processo civil. **Revista de Processo, Jurisdição e Efetividade da Justiça**, Brasília, v. 3, p. 137-157, 2017.

SOUZA, Lucas Daniel Ferreira de. A reserva do possível, o mínimo existencial e o poder judiciário. **Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional**, v. 4, n. 7, p. 528-546, 2012.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010.

## ANAIS DO SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA E DIREITO MÉDICO

### RESUMO EXPANDIDO

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA PERSPECTIVA SOCIAL, PEDAGÓGICA E JURÍDICA**

### **OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: A SOCIAL, PEDAGOGICAL**

### **AND LEGAL PERSPECTIVE**

**Bruna Cristina Silva Martins<sup>1</sup>; Ana Luísa Nunes Ribeiro<sup>2</sup>; Julia Rocha Matoso<sup>3</sup>; Vitor Bessoni Lima<sup>4</sup>; Vitória Lima Assis<sup>5</sup>; Bruno Stigert De Sousa<sup>6</sup>**

1. Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Betim, Minas Gerais. brun220898@gmail.com.
2. Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Betim, Minas Gerais. nunesribeiro.analuisa@gmail.com.
3. Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Betim, Minas Gerais. julia.rocha98@yahoo.com.br.
4. Acadêmico do curso de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais. vitorbessoni@yahoo.com.br.
5. Acadêmica do curso de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais. vitoria.limaa02@gmail.com.
6. Professor Assistente da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora. Diretor Geral da Escola Superior de Advocacia da 4ª Subseção de Minas Gerais. Juiz de Fora, Minas Gerais. brunostigert@gmail.com.

\* Autor para correspondência: Bruna Cristina Silva Martins, brun220898@gmail.com.

**RESUMO:** A assistência ao parto adequado além de situação de urgência e emergência, é direito humano inerente à parturiente e à criança, sobretudo pelo contexto de vulnerabilidade de ambos. Tal violência se refere a intervenções desproporcionais da equipe de saúde no processo reprodutivo da mulher. O tema envolve questões sociais, de gênero e de classe. O objetivo deste trabalho é analisar o âmbito jurídico da violência obstétrica e suas causas sociais e pedagógicas. Buscou-se materiais com as palavras “obstetric violence” “juridical” e “Brazil” nas bases de dados Lilacs, Medline, Pubmed e Google acadêmico. Revisou-se bibliografia de 2016 em diante e analisaram-se acórdãos de Tribunais Superiores com o descritor “violência obstétrica, obstétrica e parturiente” nas plataformas jurisprudenciais. Identificou-se carência de legislação sobre violência obstétrica. Princípios constitucionais são bastante utilizados nas decisões judiciais, como o da dignidade da pessoa humana, pelo que se presume a autonomia da vontade como corolário delas. A falta de representatividade feminina na política, contribui para a escassez legislativa nesta matéria. Na análise documental dos Tribunais superiores, o termo “violência obstétrica” é pouco utilizado. Os acórdãos preferem termos genéricos. A formação médica paternalista propicia o uso de intervenções obstétricas que priorizam o benefício do profissional em detrimento do conforto e da autonomia das pacientes. A cultura hierárquica/científica sobre tomada de decisões, oportuniza a normalização desse problema. Identificou-se que por vezes as gestantes não percebem a violência, fato que leva a subnotificação, já que em muitos casos elas são (des)acolhidas por homens nos órgãos estatais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência contra a Mulher; Parto Obstétrico; Poder Legislativo

## 1. INTRODUÇÃO

A assistência ao parto é situação de urgência e emergência na literatura médica (BEZERRA, 2015) momento em que a autonomia e a dignidade da gestante devem ser levadas a sério, não autorizando qualquer tipo de violência obstétrica, sobretudo pelo contexto de vulnerabilidade da parturiente e da criança (BRITO, 2020). Orientados por uma suposta hierarquia científica, somada a uma pedagogia médica paternalista, esse tipo de violência acontece, principalmente, nas intervenções desnecessárias, desautorizadas e desrespeitosas da equipe de saúde quanto ao processo reprodutivo da mulher. Esse é um problema que envolve questões sociais, institucionais, de gênero, de raça e de classe (SILVA, 2019). Sob essa perspectiva, é imperioso identificar as sanções legais cabíveis e consequente responsabilização dos envolvidos. Fundamento da Constituição de oitenta e oito, o princípio dignidade da pessoa humana, ao lado do direito fundamental à autonomia da vontade, vedam qualquer tipo de tratamento incompatível com manifestação de vontade da gestante e, conseqüentemente, dos direitos do neonato. É nesse sentido que tribunais superiores, como STF e STJ, lançaram luzes à negligência do Legislativo brasileiro sobre o tema, fato inequívoco da falta de representatividade das mulheres no Congresso.

Nesse sentido, o seguinte estudo tem por objetivo analisar o âmbito jurídico da violência

obstétrica. Abordando também suas causas sociais e pedagógicas.

## 2. METODOLOGIA

Analisou-se materiais que contemplam as questões jurídicas da violência obstétrica no Brasil. Buscou-se materiais por meio das palavras “obstetric violence” “juridical” e “Brazil” nas bases de dados utilizadas foram: Lilacs, Medline, Pubmed e Google acadêmico. Englobou-se estudos publicados a partir de 2016, em português e que cujo texto completo os autores tiveram acesso. Utilizou-se também teses e livros. No total, analisou-se 13 estudos. Além disso, realizou-se revisão legislativa e análise dos membros do congresso através de uma perspectiva de gênero por meio de Engloba-se pesquisa documental. Também foi realizada revisão de julgados dos Tribunais Superiores (STF e STJ), para isso foi utilizado o descritor: “violência obstétrica, obstétrica e parturiente” nas plataformas jurisprudenciais destas cortes (BRASIL, REsp 2010/0002398-7, 2011; BRASIL, REsp 2018/0128691-0, 2013; BRASIL, 2018/0128691-0, 2019).

## 3. RESULTADOS

Verificou-se uma tímida legislação (BRASIL, 2005) específica sobre violência obstétrica (LOPES, 2020). No âmbito federal não existe

legislação detalhada, ficando a cargo de órgãos de regulamentação, como a OMS e a Diretoria Colegiada da ANVISA, e de resoluções esparsas, como a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Foi possível observar que o judiciário utiliza princípios constitucionais nas decisões, como o princípio da dignidade da pessoa humana disposto no 1º artigo do inciso III da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Em decorrência deste princípio, presume-se a autonomia da vontade, respaldada no art. 15 do Novo Código Civil, (BRASIL, 2002) como fundamento das decisões. Por fim, verifica-se em Santa Catarina a Lei nº 17.097, de 17/01/2017 (SANTA CATARINA, 2017) e em Minas Gerais a Lei nº 23175 de 21/12/2018 (MINAS GERAIS, 2018), leis específicas e pertinentes (SPACOV, 2018) sobre o tema. A escassez de dispositivos na legislação é consequência clara da falta de representatividade das mulheres no congresso nacional, por se tratar de um assunto que as afeta diretamente. Elas representam apenas 14,4% do Legislativo, fazendo o Brasil ocupar o 140º lugar no ranking da ONU, ficando atrás de países como EUA, Itália, Bolívia e Chile (PODER 360, 2020). Além disso, na análise documental dos tribunais superiores percebeu-se que o termo “violência obstétrica” não é utilizado com frequência. Nos acórdãos ele é substituído por termos genéricos, tais como: procedimento invasivo, imperícia obstétrica, imperícia na realização do parto, lesões físicas (SILVA, 2017). Isso se justifica por dois principais motivos: a gestante muitas vezes não sabe que está sofrendo violência obstétrica e por se tratar de comportamentos naturalizados.

São expressões, atos, exames, formas de agir durante os procedimentos, formas de conversar com a gestante, de tocar na gestante, durante todo o pré-natal, parto e pós-parto que apenas recentemente passaram a ser questionados e problematizados.

#### 4. DISCUSSÃO

Há vários motivos pelos quais profissionais da saúde praticam atos de violência. Sendo assim, é importante analisar um cenário amplo que abrange a sociedade e seus vários defeitos. Questões sociais e de gênero contribuíram para o desenvolvimento de uma medicina paternalista e autoritária. A obstetrícia, por exemplo, ainda que voltada para mulheres, é vista como uma especialidade médica órfã, “filha apenas do pai” (OLIVEIRA, 2019). Isso fez o parto sofrer a implementação de intervenções benéficas para o médico, e nem sempre confortáveis para a mulher, negligenciando a autonomia desta e restringindo seus direitos, muitas vezes, desconhecidos por elas. Isso ocorre por falta de informação, tanto pela paciente, quanto pela equipe médica, o que colabora para a perpetuação da violência obstétrica. Além disso, há uma postura cultural de superioridade dos médicos sobre alguns procedimentos e decisões, que levam as gestantes a normalizarem situações desconfortáveis, de modo que acreditem que são rotineiras e não necessitam de consentimento, o que

desencoraja novas denúncias, colaborando para a subnotificação (BRITO, 2020).

## 5. CONCLUSÃO

Observa-se que o Poder Judiciário e o legislador brasileiro são deficientes no que se refere às questões de violência obstétrica, pois além da ausência de legislação específica, fruto - em alguma medida - do baixo número de mulheres na política, há também limitação de tratamento jurídico capaz de compreender os direitos reprodutivos da mulher, fato que pode ser constatado na análise dos julgamentos. Ambos espaços são capturados pela heteronormatividade masculina, patologia crônica da vida e da política brasileiras.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, MLM. Protocolo nº1865/15. Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco. 20 de agosto de 2015. Acesso em: 24 de março de 2021. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PE/2016/6\\_2016.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PE/2016/6_2016.pdf)

BRITO, Cecília Maria Costa de Oliveira, Ana Carolina Gondim de Albuquerque Costa, Ana Paula Correia de Albuquerque da. **Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro**. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. Brasília, jan/mar 2020. Vol 9, cap 1, págs:120-4. Acesso em: 18 de abril de

2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>

BRASIL. **Código Civil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm). Acesso em 24 de março de 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 24 de março de 2021.

BRASIL. **Lei n. 11.108, 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11108.htm). Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal Federal (2. turma). AG.REG. no **Agravo de Instrumento**. AI 852237 AgR. Responsabilidade civil objetiva do poder público. Relator: Ministro Celso de Mello. Data do julgamento 25 de junho de 2013. DJe 09 de setembro de 2013. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur241033/false>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. turma). **Recurso Especial (REsp)** 2018/0128691-0. Embargos de declaração. Agravo interno. Agravo em recurso especial. Omissão e contradição. Não ocorrência.

Reforma do julgado. Impossibilidade. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Data do julgamento 12 de novembro de 2019. DJe 19 de novembro de 2019. Descritor: obstetrícia. Disponível em: <<https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4 turma). **Recurso especial (REsp)** 2010/0002398-7. Ação de indenização. Omissão de socorro e imperícia na realização de parto. Na realização de parto, lesões físicas e neurológicas irreversíveis na criança. Acórdão recorrido que concluiu pela falha do serviço hospitalar e pela própria culpa do hospital. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Data do julgamento 22 de novembro de 2011. DJe 01 de fevereiro de 2012. Descritor: obstetrícia. Disponível em: <<https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

DA SILVA, Artenira et al. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Revista Quaestio Iuris**, v. 10, n. 4, p. 2430-2457, 2017. Acesso 21 de março de 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/28458/21893>

LOPES, Josiane Marques. Violência Obstétrica: uma análise jurídica acerca do instituto no estado do Tocantins. **Âmbito Jurídico**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/violencia-obstetrica-uma-analise-juridica-acerca-do-instituto-no-estado-do-tocantins/>. Acesso 21 de março de 2021.

MINAS GERAIS. **Lei n. 23.175, de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Assembléia Legislativa de Minas Gerais, 2018. Disponível em: <[https://www.normasbrasil.com.br/norma/lei-23175-2018-mg\\_372848.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/lei-23175-2018-mg_372848.html)>. Acesso: 24 mar. 2021.

OLIVEIRA, Marina Jaques de. **Perspectivas jurídicas acerca da violência obstétrica no Brasil**. 2019. 66 f. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba, Santa Rita, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/16537/1/MJO03102019.pdf>

RODRIGUES, Fernando. Brasil é 140º em ranking de representação feminina no Legislativo. **Poder 360**. Congresso. 8 mar. 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/congresso/brasil-e-140o-em-ranking-de-representacao-feminina-no-legislativo/>. Acesso 21 de março de 2021.

SANTA CATARINA. **Lei n. 17.097, 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Assembléia Legislativa de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <[http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html)>. Acesso: 24 mar. 2021.

ISSN: 1984-7688

SILVA, Andréia de oliveira; MEDEIROS, Edinilza da Silva Machado; BRUNO, Flávio Marcelo Rodrigues. Violência Obstétrica: Uma Análise Jurídica. 2019. **Anais Eletrônico Ci.** V. 17, n. 1, p. 1-388–416. Acesso em: 24 de março de 2021. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/396>.

SPACOV, Lara Vieira; DA SILVA, Diogo Severino Ramos. **Violência Obstétrica: Um Olhar Jurídico Desta Problemática No Brasil.** 2019. V. 55, pág 485-00. Acesso em: 24 de março de 2021. Disponível em: <https://lnx.derechocambiosocial.com/ojs-3.1.1-4/index.php/derechocambiosocial/article/view/14>

**PÁGINA EM BRANCO**