



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA**

EGLANTINE MAMEDE BEZERRA

**PROPOSIÇÃO PARA O ENSINO DA ÉTICA EM UM CURSO
DE MEDICINA A SER IMPLANTADO**

**BELÉM
2017**

EGLANTINE MAMEDE BEZERRA

**PROPOSIÇÃO PARA O ENSINO DA ÉTICA EM UM CURSO DE
MEDICINA A SER IMPLANTADO**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção de título de Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia no Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Pará.

Orientadora: Prof.^a Dra. Antônia Margareth Moita Sá.

**BELÉM
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B574p Bezerra, Eglantine Mamede

Proposição para o ensino da ética em um curso de medicina a ser implantado /
Eglantine Mamede Bezerra. Belém, 2017.

167f; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia) – Universidade do
Estado do Pará, Belém, 2017.

Orientadora: Antônia Margareth Moita Sá

1. Ética. 2. Ética médica. 3. Medicina - Graduação I. Sá, Antônia Margareth
Moita. (orient.). II. Título

CDD. 21° ed. 174

EGLANTINE MAMEDE BEZERRA

**PROPOSIÇÃO PARA O ENSINO DA ÉTICA EM UM CURSO DE
MEDICINA A SER IMPLANTADO**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção de título de Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia no Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Pará.

Orientadora: Prof.^a Dra. Antônia Margareth Moita Sá.

Data de Aprovação: 29 / 05 / 2017

Banca Examinadora:

_____ - Orientadora
Prof.^a Dra. Antônia Margareth Moita Sá
Universidade do Estado do Pará – UEPA.

_____ - Membro
Prof. Dr. Robson José de Souza Domingues
Universidade do Estado do Pará – UEPA.

_____ - Membro
Prof. Dr. Otávio Noura Teixeira
Universidade Federal do Pará - UFPA

_____ - Membro
Prof. Dr. Renato da Costa Teixeira
Universidade do Estado do Pará - UEPA

Ao meu Deus, quem me ilumina o caminho e
guia meus passos.

À minha mãe, CLARICE GUERRA
MAMEDE, cujo amor dedicado e
incondicional me impulsionou a buscar meus
sonhos e conquistar minhas aspirações.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. ANTONIA MARGARETH MOITA SÁ, por compreender tão claramente minhas ideias e de forma dedicada me orientar na elaboração desta dissertação. Pela paciência do passo – a – passo na minha introdução e desenvolvimento dentro da metodologia científica. O alcance de seus ensinamentos em minha experiência profissional e de vida foram transformadores e inestimáveis. Mas, sobretudo, agradeço por ter ido muito além de seu papel como orientadora, concedendo-me a honra de sua amizade. Meu reconhecimento e gratidão.

Ao Dr. ROBSON JOSÉ DE SOUZA DOMINGUES, Coordenador do PPGESA/UEPA pelo apoio e incentivo, extensivo ao Corpo Docente do programa.

A FAAMA, pela confiança e investimento depositados em nosso grupo.

A UNIÃO NORTE BRASILEIRA DA IGREJA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA, por ter a visão de crescimento profissional e pela oportunidade concedida a nossa turma.

AOS COLEGAS DE TURMA, pela parceria e ajuda mútua. A convivência com vocês foi muito enriquecedora. Não esquecerei os momentos de estudos e total parceria.

A DAILSON MONTEIRO BEZERRA, meu querido esposo, pela ajuda sem limite de dia, hora ou tempo. Sem seu apoio e incentivo, executar esse trabalho seria muito difícil. Você sempre foi e tem sido um grande companheiro.

“Portanto, façam aos outros o que querem
que eles façam a vocês”.

Mat 7:12

RESUMO

BEZERRA, E.M. **Proposição para o Ensino da Ética em um Curso de Medicina a ser Implantado.** 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2017.

Introdução: o ensino da ética nas escolas de medicina tem sido alvo de frequentes considerações e estudos com relação à necessidade de oferecer mais adequado preparo ético - humanista. Apesar de medidas governamentais como as Diretrizes Curriculares Nacionais e o implemento das metodologias ativas na educação médica, ainda permanece uma lacuna entre o que se recomenda e o preparo ético efetivo dos egressos do curso médico. **Objetivo:** este trabalho tem por objetivo levantar na literatura como se tem feito o ensino da ética nas escolas médicas nos últimos anos e apresentar uma proposta curricular de ensino da ética que se utilize de métodos ativos envolvendo as tecnologias de informação e comunicação e casos clínicos. **Método:** artigos publicados entre 2007 e 2017 foram selecionados de buscas realizadas nos bancos de dados Scielo, Medline, PubMed, LILACS, usando-se os termos ética médica, educação médica, saúde e graduação em medicina. Os autores avaliaram a elegibilidade dos artigos. **Resultados:** foram incluídos e analisados 29 artigos. As experiências de ensino foram associadas a currículos tradicionais, currículos em fase de adequação às novas Diretrizes Curriculares Nacionais e ao emprego dos recursos tecnológicos ou tecnologias virtuais. **Conclusões:** a literatura revisada traz um cenário otimista para o ensino médico através das metodologias ativas. Os ambientes virtuais de aprendizagem e também a inclusão de vivências através de casos clínicos, destacam-se como meios ativos de ensino e aprendizagem. Vale ressaltar o envolvimento e preparo dos docentes para esta tarefa. Como resultado deste estudo foi elaborado uma proposta metodológica de ensino da ética médica, nas escolas médicas.

Palavras-chave: Ensino; Ética médica; Educação médica; Medicina - Graduação.

ABSTRACT

BEZERRA, E.M. Proposition for the Teaching of Ethics in a Course of Medicine to be Implanted. 2017. Dissertation (Professional Master's Degree in Health Teaching in the Amazon), Center for Biological and Health Sciences, University of Pará State, Belém, 2017.

Introduction: the teaching of ethics in medical schools has been subject of frequent considerations and studies regarding the need to offer more adequate ethical - humanistic preparation. Despite government measures such as Nacional Curricular Guidelines and the implementation of active methodologies in medical education, there is still a gap between what is recommended and the effective ethical preparation of medical graduates. **Objective:** the objective of this work is to show in the literature how the teaching of medical schools has been done in recent years and present a curricular proposal of teaching ethics using active methods involving information and communication technology and clinical cases. **Method:** articles published between 2007 and 2017 were selected from searches conducted in the databases SciELO, Medline, PubMed, LILACS, using the terms medical ethics, medical, health and medical graduation. The authors evaluated the eligibility of articles. **Results:** 29 articles were included and analyzed. The teaching experiences were associated with traditional curricula, curricula in the phase of adaptation to the new Nacional Curricular Guidelines and the use of technological resources or virtual technologies. **Conclusions:** the revised literature provides an optimistic scenario for medical teaching through active methodologies. The virtual learning environments and also the inclusion of experiences through clinical cases stand out as active forms of teaching and learning. It is worth emphasizing the involvement and preparation of teachers for this task. As a result of this study, a methodological proposal of teaching medical ethics in medical schools, was elaborated.

Keywords: Teaching; Medical ethics; Medical education; Medical graduate.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CEM	Código de Ética Médica
CEEM	Código de Ética Médica do Estudante de Medicina
CESUPA	Centro Universitário do Pará
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Institucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DO	Declaração de óbito
EAD	Educação à Distancia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMOBILE	Dispositivo Portátil com Acesso à Internet
EVP	Estado Vegetativo Persistente
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IML	Instituto Médico Legal
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PBL	Problem Based Learning
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIM	Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TBL	Team Based Learning
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese da Revisão de Literatura	33
Quadro 2 - Soluções Apresentadas pelas DCN	39
Quadro 3 - Emprego de Recursos Tecnológicos	44
Quadro 4 - Proposta Curricular para o 1º semestre	149
Quadro 5 - Proposta Curricular para o 2º semestre	150
Quadro 6 - Proposta Curricular para o 3º semestre	151
Quadro 7 - Proposta Curricular para o 4º semestre	152
Quadro 8 - Proposta Curricular para o 5º semestre	153
Quadro 9 - Proposta Curricular para o 6º semestre	154
Quadro 10 - Proposta Curricular para o 7º semestre	155
Quadro 11 - Proposta Curricular para o 8º semestre	156
Quadro 12 - Proposta Curricular para o 9º semestre	157
Quadro 13 - Proposta Curricular para o 10º semestre	158
Quadro 14 - Proposta Curricular para o 11º semestre	159
Quadro 15 - Proposta Curricular para o 12º semestre	160
Quadro 16 - Proposta Curricular para o curso de Medicina	161

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Sobre o tema de estudo.....	11
1.2 Minha aproximação com o tema	14
1.3 Justificativa.....	17
1.4 Questões da pesquisa.....	28
1.5 Objetivos.....	29
2 MATERIAIS E MÉTODOS	30
2.1 Anunciando os caminhos da metodologia.....	30
2.2 Metodologia da construção da base de dados.....	30
3 REVISÃO DA LITERATURA	33
3.1 Sub sessão 1.....	35
3.2 Sub sessão 2.....	41
3.3 Sub sessão 3.....	44
4 PROPOSIÇÃO DO ESTUDO	48
4.1 Caso 01: Confidencialidade e sigilo médico	50
4.2 Caso 02: Determinação social e ética médica	54
4.3 Caso 03: Laqueadura tubária	56
4.4 Caso 04: Preceptoría e ética médica	58
4.5 Caso 05: Equidade na fila de espera.....	61
4.6 Caso 06: Terminalidade da vida	63
4.7 Caso 07: Atendimento ao adolescente.....	66
4.8 Caso 08: Testemunha de jeová.....	69
4.9 Caso 09: Autonomia do idoso	73
4.10 Caso 10: Anencefalia.....	77
4.11 Caso 11: Prótese total de quadril	79
4.12 Caso 12: Erro médico	81
4.13 Caso 13: Delegando funções a outros.....	84
4.14 Caso 14: Publicidade	87
4.15 Caso 15: Declaração de óbito	91
4.16 Caso 16: Atestado médico	96
4.17 Caso 17: Acobertamento	103
4.18 Caso 18: Comunicação de más notícias	106

4.19 Caso 19: Agressões a médicos.....	109
4.20 Caso 20: Alocação de recursos em saúde	115
4.21 Caso 21: Internação compulsória em psiquiatria.....	120
4.22 Caso 22: Indígena	125
4.23 Caso 23: Relação amorosa entre médico e paciente	128
4.24 Caso 24: Não alimentar, nem hidratar	131
5 CONCLUSÃO.....	138
REFERÊNCIAS.....	143
ANEXO I: PROPOSTA CURRICULAR.....	150
ANEXO II: MATRIZ CURRICULAR	163

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Capítulo I

Neste capítulo é introduzido o tema de estudo e as inquietações da autora em relação ao ensino da ética médica, relato de como o interesse por este tema foi despertado na vida profissional e como faz parte do dia a dia atual. São apresentadas, a justificativa, questões de pesquisa e objetivos.

Capítulo II

É apresentado o tipo de estudo e descrito a metodologia realizada através de pesquisa bibliográfica por livros, web sites e artigos científicos dos quais foram coletados dados entre 2007 e 2017. Foram selecionados vinte e nove trabalhos relacionados ao tema de estudo, categorizados em três subseções.

Foi demonstrado como é desenvolvido o ensino da ética nas escolas médicas, soluções que os órgãos reguladores no Brasil apresentam e quais recursos pedagógicos e tecnológicos são importantes para promover uma transformação em relação à forma anterior do ensino.

Capítulo III

Neste capítulo, os resultados e a discussão da pesquisa bibliográfica são apresentados, no contexto de uma revisão de literatura e produzido um gráfico em que foi resumido cada estudo, seu autor, os objetivos, periódico, ano de publicação e principais resultados.

Capítulo IV

Apresentação da proposição de ensino, detalhada através de estudos de casos clínicos de diferentes situações em conformidade com as DCN, procedidas de discussão do conteúdo, com desdobramentos e soluções, embasamentos éticos, legais e civis de modo a oferecer o máximo de subsídios ao aluno para melhor tomada de decisão. É apresentado um total de vinte e quatro casos clínicos.

Capítulo V

Foram apresentadas as seguintes conclusões do estudo: importância das tecnologias de informação e comunicação no ensino; que o ensino da ética deve contemplar o curso de forma transversal representando um eixo central; desenvolve-se com o uso de uma metodologia ativa que coloca o aluno diante de uma situação clínica para a qual ele procurará uma conduta que atenda aos princípios éticos.

Ao final, o modelo da Espiral do Conhecimento Médico.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sobre o tema de estudo

Esse estudo trata da questão ética na formação médica atual e apresenta alternativas metodológicas condizentes com o atual estágio de desenvolvimento da sociedade. O ensino da ética, historicamente, era realizado pelo exemplo dos mestres, sua maneira de abordar e lidar com o paciente ao exame clínico, no raciocínio para o diagnóstico e tratamento, sendo uma inspiração profissional aos estudantes e jovens médicos. Desde a introdução da ética médica como disciplina formal nas escolas médicas, surgiu a necessidade de encontrar uma adequada metodologia de ensino ou pedagógica que supra esta lacuna deixada pelo modelo anterior aluno-mestre.

Têm sido proporcionados à sociedade, nestas últimas décadas, profissionais qualificados e especialistas, todavia as Escolas Médicas têm usado modelos de ensino que valorizam excessivamente a tecnologia, novos meios de diagnóstico e tratamento, fármacos e técnicas intervencionistas. De forma equilibrada a competência técnica deve ser alinhada com a competência moral de forma que ajude a desenvolver nestes profissionais uma consciência crítica e reflexiva, um entendimento das responsabilidades diante da sociedade e a sensibilidade para com o sofrimento humano (SIQUEIRA, 2010).

Este modelo de educação predominantemente técnica ou com foco para formação de especialista pode inviabilizar a percepção do ser humano integral, com aspectos biológico, psicológico, cultural, social e espiritual. Estes profissionais são moldados para a excelência técnica, mas possuem déficit em suas atitudes, habilidades e conduta moral frente aos dilemas que surgem ao longo de sua vida profissional (D`AVILA, 2010).

O modelo de ensino da ética através da Deontologia Médica e da Medicina Legal passou a ser insuficiente para uma indispensável formação humanística, pois, não provê o preparo necessário para lidar com os dilemas e as implicações morais próprias dos avanços científicos e tecnológicos da modernidade (SILVA, 2012).

Há deficiência na formação médica do ponto de vista ético, os médicos são treinados a tomarem decisões baseados em fatos, a clínica é soberana. A doutrina cartesiana da dicotomia corpo e mente permeia a educação médica e essa deficiência influencia na atuação profissional dos médicos, gerando atualmente uma crise na medicina quanto à relação médico paciente (D`AVILA, 2010).

Dessa forma, é muito importante uma formação médica que qualifique o profissional, habilitando-o ao manuseio de tecnologias. Não há como não considerar o avanço tecnológico como recurso precioso, todavia, que não seja um fim em si mesmo.

Além disso, é igualmente importante que seja qualificado do ponto de vista ético e humano, que esteja capacitado a se relacionar bem com seus pacientes, a fim de construir relações interpessoais saudáveis, entender suas peculiaridades, aspectos emocionais, crenças, valores, granjear sua confiança e respeito, como também de seus familiares e da sociedade.

O foco tem que ser na formação de médicos que não enxerguem apenas a doença, mas a pessoa doente (TRONCON, 1998). E que estes sejam habilitados a enfrentar dilemas, questões morais e desafios próprios dos tempos atuais, de forma que se tornem profissionais capazes de contribuir de fato para uma sociedade mais equilibrada e mais justa (SIQUEIRA, 2002).

O que Camilo de Lellis (1550 -1614) mencionou quatro séculos atrás “mais coração nas mãos, irmão” parece ecoar em nossos dias de forma muito atual e apropriada nos transmitindo que a competência técnico-científica representada pelas mãos, tem que estar aliada com a competência humana e ética, ou seja, com o coração. Essa visão filosófica de cuidar ensina que o amor busca a técnica e a ciência para melhor servir e cuidar (PESSINI, 2013).

Assim, de acordo com Rego (2003) as escolas de medicina têm a desafiadora tarefa de preparar jovens muitas vezes “saindo da adolescência com a vida dos outros nas mãos”, para a profissão de cuidar do ser humano, exercer muito mais que o cuidado meramente biológico, mas, do ser humano integral. Dessa maneira, estar preparado para decidir e agir de forma ponderada e equilibrada diante de dilemas profissionais e conflitos éticos, debater e deliberar com os pares e com o paciente, respeitar seus direitos, seus sentimentos, suas dores e sofrimentos, sua visão da situação.

Desta forma, os ganhos em tecnologia paradoxalmente têm trazido perdas em contato humano e interpessoal (D`Avila, 2002). Nas palavras de Entralgo (1983) “o profissional que seriamente queira exercer a medicina, terá que dominar o saber das humanidades”.

Entralgo (1983) propõe três princípios fundamentais para a atuação médica: primeiro, o princípio da máxima capacidade técnica que propõe esmerada formação profissional que o habilite a usar toda tecnologia fornecida pela ciência da atualidade. Segundo, o princípio da obra bem-feita, usando toda sua capacidade intelectual e

conhecimento técnico tendo como único guia moral o bem do paciente. E por último o princípio da autenticidade do bem, onde em situações de conflito, deve o médico atender unicamente o autêntico interesse do paciente.

A relação da sociedade com a classe médica como um todo tem sofrido deterioração ao longo das últimas décadas com o surgimento de dificuldades como descrédito e desconfiança no profissional médico de forma generalizada. Foi-se a imagem daquele que prestava um atendimento integral e individual, com total atenção às dificuldades, problemas ou mesmo dor do paciente e cujo ganho ou remuneração era uma consequência do trabalho dedicado e bem feito, jamais um pré-requisito para exercê-lo.

Ao que parece surgiu outro tipo de médico, bem qualificado para sua função de curar os males do corpo e da mente, a par de toda tecnologia e avanços científicos da ciência médica, mas, distante, apressado, impessoal que parece não conseguir entender realmente de que sofre seu paciente, parece não chegar nem perto de seus anseios e expectativas. Não consegue enxergar sua real necessidade, nem tem tempo, pois só dispõe de 15 a vinte minutos para cada consulta. Solicita exames para esclarecimento diagnóstico e nem chega a tocar seu paciente, examiná-lo, palpar seu abdômen, auscultar coração e pulmões, não olha seus olhos e não escuta sua história.

D'Ávila (2010) faz o seguinte questionamento: “quem disse que não se examina mais o paciente? ”. Este novo médico moderno parece fazer a sociedade sentir saudade daquele outro médico acima citado. A relação médico-paciente está comprometida, não há mais confiança mútua: o paciente não acha mais que tem que falar tudo ao seu médico, o profissional por sua vez não acha que tem que saber tudo sobre seu paciente, apenas as perguntas rotineiras, objetivas e diretas, que guardem relação com os procedimentos de rotina.

Ao final de seu atendimento o profissional médico, ficou sem ferramentas que poderiam lhe dar o acerto diagnóstico, a informação que de fato poderia nortear o tratamento daquele paciente em particular. O paciente não confia no tratamento prescrito e por vezes não segue as orientações. O médico também não expõe de forma esclarecedora o porquê de sua conduta e prescrição para que obtenha a adesão de seu paciente.

Siqueira (2002) resume a realidade do atendimento médico atual: atender o paciente em cinco minutos, prescrever e desfazer-se o mais rápido possível desse incomodo e mal pago compromisso, praticando-se assim uma medicina dita cega e surda. Cega porque não enxerga o ser humano como verdadeiramente ele é, procurando apenas compreender uma

doença ou um quadro clínico e surdo, porque o paciente não se sente ouvido, entendido e acolhido como ser humano.

Cada pessoa adoce de maneira própria e particular e sem a arte de cuidar e cuidar bem a medicina perde o sentido. Poucas profissões gozam do privilégio de poder compartilhar e aliviar a dor e o sofrimento humano como a medicina.

Enquanto a ciência médica evoluiu e disponibilizaram tecnologias as mais diversas para promoção, prevenção, diagnóstico e terapias medicamentosas ou outras, o profissional se despreparou para a abordagem do seu paciente de forma íntima e completa, levando em conta um ser integral- físico, emocional, psicológico, social e religioso. Então, como se faria o estudo ou ensino da ética de forma mais eficiente, qual seria o melhor meio? Por que não se consegue que os ensinamentos do curso de medicina valorizem a ética médica?

1.2. Minha aproximação com o tema

Desde adolescente, aos dez anos de idade, decidi ser médica a serviço dos mais necessitados, cujo objetivo seria trabalhar em missões filantrópicas e/ou religiosas. Ou seja, me comprometia a ajudar meus semelhantes, cuidando de suas dores e sofrimentos.

Esse propósito de trabalho, de estudo e de vida passou a ser meu maior objetivo. Nessa ocasião estava no ensino fundamental, em Recife, estado de Pernambuco com meus pais e três irmãos. Cursei o ensino fundamental e médio em escola pública de excelente qualidade. Nessa ocasião, por determinação do MEC, tornaram-se profissionalizantes todos os cursos de ensino médio em escolas públicas. Escolhi o curso técnico de enfermagem pela proximidade com meus ideais.

Concomitantemente me matriculei em um colégio privado preparatório para o vestibular em Recife, onde passei a frequentar aulas das matérias normais do ensino médio em um turno enquanto no outro frequentava o curso técnico de enfermagem. Estudava diariamente, ou pelo menos tinha a disciplina de sentar diariamente diante dos livros e assim fazia inclusive nos fins de semanas. Com um dia de descanso semanal, o sábado.

Havia certos professores que me encantavam como o de biologia. Também tinha fascínio pelo de história geral que tinha um timbre de voz rouco e uma especial maneira de apresentar as aulas.

Ao final do terceiro ano concluí meu curso técnico de enfermagem e o ensino médio. Enfrentei o vestibular para o curso de medicina com aprovação aos 17 anos de idade. Iniciei, então o meu preparo para me tornar uma médica na UFPE em 1977.

Hoje, tenho a percepção que era uma adolescente na faculdade buscando preparo profissional para uma profissão com enormes desafios. Era uma boa aluna, segundo meus professores. Segundo meu próprio conceito era uma sobrevivente naquele mar de estudantes, mas com a virtude da vontade forte e da persistência.

Tínhamos aulas teóricas no anfiteatro onde nossa turma com 100 alunos assistia ao professor ministrar sua grandiosa aula e de fato era, só que ao final dela eu nem saberia dizer qual foi o proveito dela para mim a não ser me sentir totalmente despreparada.

Tínhamos aulas em pequenos grupos dentro das chamadas disciplinas e tínhamos as aulas práticas em histologia, anatomia, farmacologia inicialmente e posteriormente a partir do quarto ano as aulas chamadas de semiologia, exame físico e anamnese. Todo esse universo da universidade me era grandioso e intimidador. Mas minha força de vontade era muito maior que meus medos. Aos poucos fui me encontrando neste grande centro de ensino e aprendizagem.

No pronto socorro do Hospital da rede INAMPS na ocasião, em Recife, no ano de 1980 iniciei meu primeiro plantão de urgência por iniciativa própria e de forma voluntária. Foi onde pela primeira vez me paramentei e entrei na sala cirúrgica, para participar de uma cirurgia com a função de instrumentação cirúrgica. Nesta ocasião fui sendo atraída pela área anestésico-cirúrgica a despeito de todos os amigos e professores serem quase unânimes em me qualificar para a pediatria que eu também apreciava, bem como, várias outras áreas de atuação.

Ao conhecer melhor a anestesiologia que era inserida dentro da disciplina de clínicas cirúrgicas me interessei bastante. No curso do quarto ano de meus estudos já passei a acompanhar um anesthesiologista experiente, em Recife, aprendendo a arte de anestésiar. Apreciava muito ver as pessoas dormindo tranquilamente, sem dor, sem sofrimento ou choro, como também tinha facilidade para as demandas de habilidades manuais da especialidade como as punções, intubações e disseções. Por outro lado, também gostava da medicina generalista.

Quando surgiu a oportunidade de fazer o sexto ano somente em anestesia eu não me senti realizada e optei por fazer o internato com rodízio nas quatro áreas básicas de então: pediatria, cirurgia geral, ginecologia - obstetrícia e clínica médica. Gostei de todas elas e foi nesse processo que me percebi, descobri que eu era uma generalista - intervencionista. Gostava do convívio com os pacientes de forma clínica, mas também tinha habilidades para

a parte intervencionista. Ao terminar o sexto ano ingressei na residência de anestesiologia do HC da UFPE.

O segundo ano da residência e sua conclusão em maio de 1986 foi no CET- Centro de Ensino e Treinamento da Santa Casa de Campo Grande – MS por motivo de transferência de trabalho do meu marido. Hospital geral com 750 leitos foi fundado em 1928 de forma tímida, sendo ampliado e submetido a uma grande reforma estrutural, inaugurada em 1980. Lá havia muito trabalho a ser realizado no centro cirúrgico, meu principal lugar de treinamento. Eram vinte salas cirúrgicas com realização de todos os tipos de cirurgia.

Concluindo meu treinamento, fui trabalhar em uma instituição religiosa localizada na cidade de Campo Grande - MS. Sendo predominantemente hospital dermatológico e referência nacional e internacional para tratamento do pênfigo, vulgarmente chamado Fogo Selvagem, foi ampliado e reformado para se tornar um hospital geral.

Meu objetivo de trabalho naquele hospital era um centro cirúrgico de quatro salas recém-construído e o Pronto Socorro. Lá trabalhei durante cinco anos como plantonista e anesthesiologista. Lembro-me da primeira visita ao paciente pré-operatório, ele se desculpou educadamente, mas me pediu para ser anestesiado por alguém mais experiente. Senti-me, profissionalmente ofendida, mas atendi ao pedido dele, mais tarde ele me aceitou e o relacionamento médico-paciente foi preservado. Não é necessário ter pressa em demonstrar que é um profissional preparado, é preciso entender o paciente.

A partir daí trabalhei em mais dois estados, Vitória do Espírito Santo, Manaus e por último Belém. Em todos esses lugares eram instituições religiosas com cunho filantrópico e minha contratação era como missionária, me dedicava exclusivamente ao trabalho naquele hospital e tinha minha remuneração fixa mensal.

Aos poucos fui me dedicando a anestesia e preparo pré-operatório ou medicina peri operatória, me afastando da clínica médica. Comecei a me interessar pelo cuidado de pacientes com dor pós-operatória e dor crônica, quando em 2005, fiz um estágio em terapia antálgica e cuidados paliativos no Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da UNESP – Universidade Estadual de São Paulo.

Sempre tive empatia pelos meus pacientes, mas meu interesse em relação à ética médica aprofundou após essa convivência com pacientes de dor crônica. Lidar com tais pacientes foi ao mesmo tempo desafiador e um banho de humanidade na alma. Diversos pacientes me marcaram: a senhorinha que teve que amputar a perna por doença vascular e lutava contra uma dor fantasma; uma jovem senhora com dor óssea por neoplasia de mama

metastática; a criança com anemia falciforme e dor recorrente grave; um adolescente com dor complexa regional de membro superior após trauma e cirurgia ortopédica; outro senhor de meia idade com neoplasia de laringe, dificuldade para engolir e dor de difícil controle. Diante de tanta dor e sofrimento a dor pós-operatória parecia ser muito fácil de tratar.

Essa convivência de dor e sofrimento me fez refletir e me foi bastante dolorosa do ponto de vista pessoal. Ampliou minha visão da necessidade humana de ser cuidado com amor e me fez adotar nova maneira de tratar os pacientes. Foi mais educativo que toda minha formação acadêmica e vivência profissional até então.

Há dezesseis anos trabalho em hospital privado em Belém, na anestesia e no preparo pré-operatório. Aliviar a dor e promover o sono tranquilo dos meus pacientes me motiva a sempre buscar o melhor preparo científico e técnico, como bloqueios guiados por ultrassonografia, manuseio de dispositivos que auxiliam na intubação difícil, novos equipamentos para ventilação e novos fármacos.

Todavia, com a convivência com os jovens estudantes e residentes percebi que posso ajuda-los a exercer o cuidado médico de forma completa, fazendo uma marca, um diferencial na vida deles por preceito e exemplo, conduzindo-os à visão da importância de fazer o trabalho dentro da melhor evidencia científica, mas com respeito, com amor, com elegância, fazendo cada paciente sentir-se único e acolhido. Conduzir ou mostrar aos jovens aprendizes de médico não somente a boa técnica, mas os caminhos da ética médica.

A minha melhor e maior recompensa será quando eu me deparar em um leito de hospital com minhas dores, doenças e medos e encontrar aquele profissional médico que cuide de mim com eficiência, mas também com amor e dedicação. Então, tudo terá valido a pena.

1.3. Justificativa

A ética é a ciência da conduta e do bem viver, de modo geral. Segundo descrito por Abbagnano (2010), existem duas concepções dessa ciência: a primeira fala do ideal para o qual o ser humano se dirige, traduz o fim para o qual a conduta dos homens deve ser orientada, bem como os meios para atingir tal fim. O bem e/ou o prazer é a base e as normas são derivadas do ideal que se assume como próprio do homem. Estas formulações estão descritas em a perfeição da vida racional, segundo Aristóteles, o Estado, segundo Hegel, a sociedade fechada ou aberta, segundo Bergan.

A segunda concepção é sobre os motivos da conduta humana, é a ética da motivação. Enquanto na primeira concepção as normas são derivadas do ideal que seria próprio do homem, na segunda ideia procura-se em primeiro lugar o móvel ou a motivação do homem, a norma que de fato é obedecida e norteia a conduta humana. Portanto, o móvel da conduta humana é o desejo de sobreviver, ou o prazer de bem viver, ao mesmo tempo que se evita a dor. Através destas duas afeições contrárias se julga o que se deve escolher e o que se deve evitar. Nestas formulações evidencia-se que é através do mecanismo dos móveis que são fundadas as normas do direito e da moral.

As duas concepções acima descritas apresentam a ética em última instância como base da moral. Há uma ideia evidenciada pela filosofia inglesa do séc. XVIII, a oposição entre a ética do fim e a ética do móvel que parece idêntica à oposição entre razão e sentimento: se chegamos aos fundamentos da moral através de uma sequência de ideias e argumentos ou por meio de um sentimento moral interno que é uma espécie de instinto natural ou divino. Foi Kant (1724 – 1804) quem transferiu o móvel da conduta do “sentimento” para a “razão”, com a preocupação de firmar a norma de conduta na substância racional do homem. Mais importante foi o reconhecimento proposto pelos filósofos ingleses e Kant da existência de outros homens e a exigência de comportar-se diante deles com base neste reconhecimento, estabelecendo-se o sentido de humanidade.

Na filosofia contemporânea, Dewey (1859 – 1952) vincula a ética à noção de valor que são qualidades e não somente objetivos que necessitam de um processo crítico e reflexivo para poderem ser preferidos ou preteridos. Segundo Dewey a investigação ética contemporânea deve avançar para uma teoria geral da moral e do direito (ABBAGNANO, 2000).

De uma maneira ampla, a ética pode ser definida como a ciência da conduta, do bem viver, da moral e do humanismo. Uma vez que a medicina não é uma atividade puramente técnica, embora a técnica venha tomando dimensão cada vez maior, o assunto da ética é de vital relevância para seu exercício. Trata-se de uma base necessária que delinea o comportamento que deve ser adotado, de acordo com as concepções morais da sociedade. É o fio de ouro que perpassa por todo relacionamento médico seja com o paciente, com os pares ou com a sociedade.

A conduta clínica, a tecnologia aplicada, os exames requeridos, tudo perpassa por uma inter-relação de pelo menos duas pessoas, o paciente e seu médico. Desta forma, sempre será estabelecido um relacionamento humano e como tal demanda questões morais.

Portanto, o raciocínio médico não pode se desvincular da atitude profissional e a consideração ética deve pesar em todas as decisões clínicas.

Infelizmente, os médicos em sua formação acadêmica não têm sido treinados de forma eficiente para perceber o lado moral da prática médica, atuando sem esta dimensão ou com visão deficiente deste contexto. É importante salientar que ética e moral estão entremeadas, conceitua-los separadamente não é possível. A ética, portanto, norteia o comportamento a ser adotado no exercício profissional médico, estando calcada diante da sociedade em valores morais.

É pertinente uma análise da evolução histórica da ética médica, devido ao desenvolvimento da sociedade e o progresso do conhecimento médico com seu consequente avanço tecnológico. A ética médica ocidental pode ser dividida em quatro fases: religiosidade; tempo dos filósofos; era monástica e o predomínio laico. O período da religiosidade diz respeito aos povos pré-históricos e aqueles dos primeiros séculos da antiguidade, onde a prática médica e a religião estavam entrelaçadas e era conduzida por sacerdotes, cujo poder para efetuar a cura somava aos seus conhecimentos sua capacidade de relacionamento com as divindades (MONTE, 2009).

Os primeiros que abordaram a ética como tema filosófico foram os gregos. Hipócrates (460 – 375 a.C.) que contemporâneo de Platão (427 – 347 a.C.) e Aristóteles (384 – 322 a. C.), escreveu o juramento que leva seu nome, o mais antigo código de ética médica conhecido. Sua primeira parte, consiste em uma invocação aos deuses, no restante é composto por deveres gerais do médico para com a sociedade e proibições. Platão viu os aspectos éticos inerentes a profissão que bem expressa através dos pensamentos que para o médico verdadeiro é uma regra ter o corpo humano como sujeito e não como um meio de ganhar dinheiro e nenhum médico, exercendo o seu ofício considera preferencialmente o seu bem no que prescreve, mas o do paciente.

A medicina monástica predominou entre os séculos VIII a X, sob forte influência do pensamento religioso, seja cristão, islâmico ou hebraico. Nesta fase a medicina era exercida em locais dirigidos por religiosos e a doença era considerada como um castigo, devido aos pecados. Foi a escola médica de Salerno, fundada no século X pelos beneditinos que institucionalizou o ensino da medicina. Os monges tinham o conhecimento clássico de Hipócrates e Galeno, enquanto os médicos eram práticos de pouca cultura. Foi São Tomaz de Aquino (1225 – 1274) quem contextualizou a doutrina religiosa aos novos tempos

adaptando e aliando os preceitos agostinianos da fé cristã ao pensamento lógico e racional da raiz aristotélica. Sua contribuição foi pela introdução da razão como base da lei moral.

Foi na mesopotâmia do séc. XV a.C. que foram dados os primeiros passos para a ética médica laica, com o Código de Hamurabi, a mais antiga legislação conhecida que punia o que posteriormente seria denominada má prática médica. No ocidente com o desenvolvimento do conhecimento científico iniciado no Renascimento houve um crescente declínio da força religiosa no trajeto da ética, mesmo entre os pensadores cristãos houve uma retomada das ideias filosóficas gregas clássicas. Em 1520, o *Royal College of Physicians* de Londres, estabeleceu uma constituição médica que previa penalidades para os que a violassem. Iniciava-se nesta ocasião a reordenação da vida social europeia ainda sob o poder da aristocracia, mas com a burguesia lutando pelo poder político, influenciando a sociedade com seu novo idealismo (MONTE, 2009).

A proposta filosófica de Kant ofereceu a contrapartida para a primazia religiosa cultivada até então. A prática médica obteve a ética Kantiana aplicada a partir dos seguintes pressupostos: é errado enganar ou mentir ao paciente; as pessoas devem ser tratadas como fins e não como meios; deveres perfeitos ou imperfeitos podem possibilitar que direitos sejam reconhecidos.

Um outro marco da ética contemporânea é o utilitarismo, cujos pensadores Jeremy Bentham (1748- 1832) e Stuart Mill (1806 - 1873) representantes desta corrente filosófica defendem que as condutas adequadas são as que produzem mais lucro (felicidade) com o menor custo (infelicidade). O utilitarismo não aceita as recomendações como certas, exige que tenham seu valor comprovado antes que sejam consideradas (MONTE, 2009).

Em 1803 Thomas Percival (1740 – 1804), médico em Manchester, lançou um livro sobre ética médica que causou grande repercussão na Inglaterra e Estados Unidos, influenciando essas culturas. O primeiro código de ética médica adotado pela Associação Médica Americana em 1847, fez uso de extensas seções do Código de Percival.

Constata –se a existência de um código de ética internacional em 1949, adotado pela terceira Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em Londres com amplas orientações éticas sobre os deveres dos médicos em geral, bem como sobre a relação médico – paciente e as orientações necessárias para o seu relacionamento com os colegas. Também determina que a Declaração de Genebra, adotada pela Associação Médica Mundial em 1948 e que representou uma atualização do juramento hipocrático, seja observada. O

código de Nuremberg (1946) e a Declaração de Helsinque (1964) estabelecem as normas que visam regulamentar as experiências científicas realizadas com seres humanos.

No Brasil, as questões éticas demoraram a serem trabalhadas. Em 1867 o Brasil adotou o código de ética da Associação Médica Americana. Somente em 1944 surgiria o primeiro código de ética oficialmente reconhecido pelo governo. O Decreto – lei número 7.955, criou os Conselhos Federal e Regionais de Medicina em setembro de 1945 (forma embrionária) e colocou em vigor o citado Código. Em 1964 foi emitido o código de ética do Conselho Federal de Medicina em substituição ao da Associação Médica Brasileira. As estruturas de conselhos federais bem como a dos códigos de ética médica tiveram sua origem na Lei 3268/57, sancionada pelo então presidente da República, Juscelino Kubitschek de Oliveira, em 30 de setembro de 1957. O primeiro código de ética médica nos moldes atualmente conhecidos, entrou em vigor em 11 de janeiro de 1965, vigorando até 1984, quando entrou em vigor um novo Código. Na história da medicina brasileira, foram cinco Códigos de ética, oficialmente reconhecidos pela classe médica. Em 13 de abril de 2010 entrou em vigor revisado após mais de 20 anos de vigência do anterior, o sexto Código de Ética Médica (MONTE, 2009).

É recorrente, no âmbito da educação médica brasileira e no ensino da ética de modo geral, o debate sobre a melhor maneira de ensinar ética. Parte disso decorre da crescente preocupação na sociedade de contar com médicos técnica e moralmente competentes, focando na multi, inter e transdisciplinaridade (PAIVA, 2014).

A instituição formadora do profissional médico tem o claro papel de ajudá-lo a manter e estimular os seus ideais médicos. Estimulando-o a conservar seus propósitos, crescer no conhecimento de que o ser humano deve ser muito bem cuidado e que não basta apenas fazer as coisas da forma corretamente prescrita, mas que é preciso fazer com amor, elegância e alegria. Muitos exercem a medicina com perfeição e boa técnica, todavia carecendo de humanização e ética. Assim, o desafio é sempre aliar competência técnica com competências humana e ética (PESSINI, 2013).

A despeito de a profissão médica ter uma das maiores demandas para competência moral, os estudantes de medicina ainda são treinados predominantemente no manuseio dos aspectos técnicos de sua profissão, ficando a lacuna no aspecto moral e ético de sua formação. Segundo Lind (2000) há um desequilíbrio entre competência moral e competência técnica levando, ao que parece, à formação de profissionais com pouco compromisso com as questões éticas e o não atendimento de princípios da humanidade, cordialidade, respeito pelo

semelhante, pelo seu corpo, cultura, visão de mundo e crenças. Mais que isto, há comprovadamente mudanças na atitude moral dos jovens estudantes de medicina, expressando-se como uma regressão moral ao mesmo tempo em que há valorização de posições sociais e acúmulo de riquezas (BICKEL, 1991).

Além de tudo isso, a educação profissional desses jovens deverá contribuir para a consolidação de seu caráter e não apenas instruir, treinar e habilitar na profissão médica (REGO, 2003). Os estudantes de medicina entram na escola médica com ideais altruístas e com a intenção de ajudar seus semelhantes em suas doenças, dificuldades e na manutenção da saúde.

É percebida de forma ampla uma mudança de ideais e atitudes no profissional inclusive recém-egresso da formação médica. É comum conselhos aos jovens recém-aprovados no vestibular de medicina, vindos de amigos, conhecidos ou mesmo de profissionais de outras áreas para jamais se afastarem de seus ideais, de não perderem o primeiro amor, de não se deixarem levar pela ambição e focar no ganho monetário como escopo de seu trabalho.

Todavia, durante sua formação tais estudantes se engajam em um preparo com atenção voltada mais para a doença do que para o doente, recebem treinamento técnico, alguns professores se preocupam somente com as competências intelectuais e deixam passar excelentes oportunidades para influenciar na formação ética dos alunos (D`AVILA 2010).

Em estudo longitudinal com 746 estudantes de medicina ao longo de todo curso, seis anos de formação acadêmica, Lind (2000) constatou que surgia durante o curso uma crescente atitude de desprezo de tais alunos aos pacientes, concluindo que houve regressão nas competências morais de tais estudantes.

Rego (2003) também constatou situação similar em pacientes de Serviço Público em hospital do Rio de Janeiro, os quais eram alvo de brincadeiras pelos estudantes de medicina, sendo identificados pelo acrônimo PIMBA que significava: preto, indigente, mendigo, bandido e alcoólatra.

Havia ainda os estudantes que preferiam a sigla em inglês SPOS que corresponde às iniciais de “sub human piece of shit”. Ficando assim expresso o desprezo que os alunos tinham pelos pacientes, despindo-os de qualquer valor humano (REGO, 2003).

Prata (2014) em seu estudo destaca a formação médica como sendo a origem da deterioração da relação médico-paciente. Afirma ainda, que conduta e relacionamento seriam diferentes se durante a formação médica o doente tivesse preferência à doença.

Manter e estimular os ideais altruístas do estudante de medicina que adentra a instituição formadora, ajudando-o no entendimento de que o ser humano é o propósito e a razão de ser da medicina é o maior desafio das escolas médicas.

A ética ensinada nas escolas, Segundo D`Ávila (2010) deveria ser feita de forma transversal, interagindo com as disciplinas do primeiro ao sexto ano, com conceitos básicos de Filosofia, Antropologia e Sociologia ministrada por especialistas em cada uma dessas áreas, utilizando-se exemplos de casos clínicos reais ou fictícios com assessoria médica e participação ativa dos estudantes nas discussões.

Esse contexto de vivência com profissionais de diferentes formações contribuiria para o desenvolvimento moral, reflexão crítica e aprimoramento do caráter. O que proporcionaria ao discente uma formação médica equilibrada do ponto de vista técnico e ético.

Rego (2003) em sua publicação afirma que:

“Não tenho a menor dúvida em afirmar que a maioria das faculdades de medicina, tal como são organizadas e buscam cumprir a função primordial que justifica a sua existência – preparar jovens para o exercício da profissão médica – é incompetente”.

Pesquisadores, médicos e profissionais têm apontado essa fragilidade na formação ética e moral dos estudantes de medicina. Ao mesmo tempo o ensino médico está em constante transformação e várias iniciativas vêm sendo tomadas para o seu aperfeiçoamento, como por exemplo, a Medicina Baseada em Evidências (MBE), introduzida no Brasil pelo Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah na década de 90, ao final do século XX. Segundo Atallah (1996) a MBE trouxe grande contribuição ao ensino e prática médica. Consiste em uma fusão entre prática médica diária e pesquisa clínica, a qual se utiliza da estatística para levantar a melhor evidencia possível e assim decidir qual é a melhor conduta para o tratamento do paciente através de um enfoque estatístico e quantitativo (REGO 2003).

Este enfoque, MBE, tem se tornado padrão de conduta nos serviços de saúde, devido a sua característica de, dentre vários dados analisados, apresentar um consenso que se torna uma evidencia de qualidade. Inclusive, os tratamentos que não estão incluídos nos levantamentos estatísticos estão sendo desconsiderados. No entanto, não pode ser esquecido ao ensinar as novas gerações que evidencias são passíveis de interpretação e individualização, que cada paciente deve ser visto como único e que não podem ser igualmente inseridos em protocolos de tratamentos baseados em estatística.

Segundo Siqueira (2003) quando uma paciente procura atendimento médico está em busca invariavelmente mais que livrar-se de um mal-estar circunstancial, busca acolhimento, ser ouvido, ter respostas e, sobretudo, esperança de cura para o seu sofrimento. Isto é o que se espera da relação médico – paciente.

A verdadeira sabedoria médica é a capacidade de compreender um problema clínico não em um órgão, mas em um ser humano integral (...) busca-se o médico com quem nos sentimos à vontade quando descrevemos nossas queixas, sem receio de sermos submetidos por causa disso aos numerosos procedimentos; o médico para quem o paciente nunca é uma estatística (...)e, acima de tudo, um semelhante, um ser humano cuja preocupação pelo paciente é avivada pela alegria de servir (...) (LOWN, 1997).

Deve-se atentar à observação de Groopman (2007) para quem as novas gerações de médicos estão sendo preparadas para funcionar como se fossem um computador. As condutas devem ser regidas pelas evidências e os dados estatísticos. São dados laboratoriais e de imagem para serem avaliados, *guidelines* para serem seguidos, algoritmos para fazerem diagnósticos e tratamentos. Parece que não é mais necessário ouvir, palpar, auscultar e escutar as alegrias e sofrimentos dos pacientes, pois os exames dirão tudo. Poucos médicos atualmente tomam tempo para ouvir e examinar os seus pacientes.

A decisão clínica baseada em evidências deve utilizar um tripé indissociável segundo Atallah (1996) que são: o conhecimento da evidência pelo médico, a experiência do médico, aceitação e preferências ou mesmo peculiaridades do paciente. Caso contrário não contribuirá para a valorização das questões éticas.

Surgiu também, nesta fase, uma nova abordagem pedagógica: a Aprendizagem Baseada em Problemas ou *Problem Based Learning* -PBL, cujos fundamentos construtivistas vêm contribuindo para que seja introduzida e recomendada por especialistas em educação. Trata-se de um processo educativo que parte de problemas ou situações com o objetivo de gerar dúvidas e a partir desses questionamentos ou inquietações produzir motivação e/ou estímulo cognitivo para a construção do conhecimento.

Cabe destacar que este método de ensino foi originalmente implantado no Canadá na Universidade de McMaster, em 1964, desde então, tem sido instituído em várias faculdades de medicina por todo mundo, como também em outros cursos como direito, enfermagem e odontologia.

Na década de 70 foi iniciada a faculdade de Maastricht na Holanda que atualmente é um centro de estudo deste método de ensino. No Brasil, foi pioneira no método a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em 1997, seguida pela Universidade Estadual de

Londrina (UEL) em 2000, pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) 2003, Universidade Estadual de São Paulo (USP) 2004, Centro Universitário do Pará (CESUPA) 2005, entre outras.

Os aspectos principais do PBL são: processo educativo centrado no estudante, aprendizagem significativa, indissociabilidade entre teoria e prática, respeito à autonomia do estudante, trabalho em pequeno grupo, educação permanente e avaliação formativa (GOMES 2010).

PBL está inserido em um contexto maior chamado metodologias ativas. Dentre as metodologias ativas de ensino e aprendizagem podem ser enumerados várias abordagens como as encenações, TBL (*team based learn*), problematização, dentre outras. As tecnologias de informação e comunicação (TIC) também estão neste contexto e têm sido cada vez mais utilizadas em educação médica. Indicadores sugerem que seu uso através dos computadores, *smartphones*, *tabletes* e *notebooks* têm enriquecido as formas de ensinar e aprender (CHOULES, 2007).

Dentre as vantagens do uso da tecnologia por computador estão um conteúdo fidedigno e reutilizável, num formato conveniente ao estudante, podendo ser usada transcendendo barreiras geográficas e fusos horários. É uma valiosa ferramenta para o professor de medicina já que computadores armazenam informações, podem reproduzi-las vezes por vezes, livros textos podem ser reproduzidos e ainda incrementados com links que possibilitam pular para outras sessões, vídeos, animação, figuras, chats, fóruns, propiciando ambientes de aprendizagem virtual (BHARDWAJ, 2015).

Dessa forma, percebe-se que o conteúdo ético e seus princípios também podem ser apresentados e aprendidos através do ambiente virtual tendo a grande vantagem do uso de tais recursos tecnológicos na aprendizagem das informações no tempo que se necessita delas, quando se quer e como se quer. É usado em inglês o termo *just-in-time-learning* e *just-for-me-learning* (BHARDWAJ, 2015).

O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) é uma ferramenta pedagógica que agrega várias tecnologias, utilizadas através de dispositivos apropriados como *smartphone*, *palmtop*, *laptop* ou computadores conectados à internet. Concede aos estudantes acesso a conteúdo educacionais desde o início do curso, como as bases para a formação ética, sendo no decorrer do aprendizado acrescentados conteúdos pertinentes, ricos, com referências e *links* para consulta e ampliação do conhecimento.

A educação médica recebeu, então, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicadas em 07 de novembro de 2001 e reformuladas em 03 de abril de 2014 que emitem a mais recente resolução para o curso de graduação em medicina dando as diretrizes para a educação médica. Incorpora os mais modernos conceitos sobre educação, é baseada em competências e estabelece o perfil do egresso.

Ao final de sua formação, segundo as DCN, o profissional médico deve possuir formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014).

Estabelece-se que o currículo deve ser voltado para as necessidades de saúde da população e promova a integração e interdisciplinaridade entre as práticas de ensino e da assistência. No entanto, desenhar um currículo em que essas diretrizes sejam contempladas tem sido o desafio das escolas médicas. A maioria dos educadores médicos não é treinada para o desenho deste currículo e muito menos para sua implementação (BOLLELA e MACHADO, 2010).

A despeito da atuação dos Ministérios da Educação e Saúde em prover diretrizes para o ensino médico através das DCN, não tem havido correspondência entre o diagnóstico da necessidade de mudanças no ensino do curso de medicina com a sua realidade. Para que tais mudanças sejam concretizadas definitivamente torna-se necessário a incorporação da ética, considerando sua indissociabilidade na formação médica, não podendo ser dada pontualmente, mas como um grande eixo ou campo do conhecimento (BATISTA, 2011).

Mesmo com a necessidade de uma formação médica integral e mais adequada às necessidades éticas, psicológicas e humanísticas da relação médico-paciente, parece-nos que o ensino da ética ainda permanece deficiente e possivelmente essa lacuna influencia a atuação médica formando profissionais indiferentes e com dificuldades relacionais.

A partir da compreensão que a autora tem, que a ética precisa ser incorporada como indissociável na formação médica é que ela propõe a utilização de ferramentas para a consecução deste propósito e que para tanto ela apresenta o AVA, já que a revolução tecnológica está perfeitamente integrada na vida das pessoas. Os jovens estão conectados, querem respostas rápidas e as informações estão a um *click* de todo mundo. São tecnologias

de informação que a autora pensa em utilizar para unir um campo do conhecimento aos conteúdos da formação médica, tornando o aprendizado mais atraente, lúdico, dinâmico, motivador e assim, facilitar essa compreensão da ética, proporcionando que esta formação já induza o aluno e futuro médico a incorporar atitudes éticas, levando isto para sua vida profissional.

Nos dias atuais lidar com o paciente e sua doença ou problemas peculiares não é a única situação que exige preparo por parte do médico em sua rotina diária. É preciso saber agir diante de questões não somente restritas ao paciente, mas diante de todo um contexto envolvendo atitudes morais, éticas, escolha do que é melhor para o paciente de acordo com uma livre consciência profissional e não segundo o que gera menor custo para as administradoras de saúde, por exemplo. Como resgatar a verdadeira relação médico – paciente numa sociedade que parece ter abandonado os valores éticos, com instituições formadoras deficientes, senão precárias, formando médicos deficientes do ponto de vista humanístico, com baixa remuneração profissional, grande volume de trabalho e o desafio de lidar com empresas que buscam lucros, mas não a saúde das pessoas?

Todo esse contexto descrito é bem vivenciado na medicina operatória ou cirúrgica. Ao longo dos anos trabalhando em centro cirúrgico e medicina peri operatória, tenho lidado com pacientes em processo de preparo pré-operatório, bem com trans operatório e pós-operatório. Tenho percebido a importância de uma relação médico – paciente que alcance as expectativas, medos, dúvidas e necessidades individuais dos pacientes.

Aprendi ao longo dos anos que ao conduzir esse processo de forma dedicada e personalizada, com a escolha de uma atitude ética, os pacientes se tornam nossos parceiros na jornada em busca de saúde. Motivada ou despertada por este entendimento, busquei nas bases de dados como tem sido realizado o ensino da ética ao longo dos últimos anos a fim de compreender as deficiências e consequentes efeitos nefastos no desempenho relacional médico - paciente. Acrescento a minha experiência pessoal onde o meu ensino de ética foi realizado de forma pálida e teórica nos primeiros anos de curso, nas disciplinas de Deontologia Médica e Medicina Legal.

Percebi que tal ensino tem sido realizado de forma formal, desvinculado da prática. Por este motivo não produz um aprendizado sólido e não favorece que o futuro profissional incorpore os pressupostos éticos no seu comportamento, ou seja, na sua relação profissional médico – paciente, médico com médicos e médico com a equipe.

Entendendo que um adequado ensino da ética é indispensável e indissociável da prática médica e que da forma como vem sendo conduzido não tem produzido resultados adequados, levando-se em conta o perfil do estudante de medicina atual que não porta mais apostilas ou livros, mas que estão conectados através de seus dispositivos a internet e conseqüentemente a seus vários segmentos *como WhatsApp, Facebook, Blogs, Ebooks e links* que dão acesso a informações e estudos em qualquer tempo e qualquer lugar, nós apresentamos uma solução através de uma proposta curricular, onde buscaremos alternativas metodológicas que facilitam a compreensão do significado da ética na formação médica.

Propomos também que as tecnologias virtuais de aprendizagem sejam utilizadas como ferramenta que poderá contribuir para a compreensão e aplicação dos conceitos éticos e dos valores humanísticos. Desta forma, através de uma metodologia ativa e também interativa, como um Ambiente Virtual de Aprendizagem, busca-se que os alunos sejam incentivados e estimulados ao gosto pelas discussões éticas, profundamente vinculadas com os momentos curriculares do curso, permeando toda dinâmica de desenvolvimento do curso e trazendo as questões éticas para o cotidiano do conhecimento daquele momento.

Os ambientes virtuais de aprendizagem encontrados na *web* servem muito bem para prover a comunicação, disponibilizar materiais e administrar cursos. O conjunto de funcionalidades que cada ambiente possui é estabelecido pelos requisitos definidos em cada ambiente.

“Para os desenvolvedores de software educacional o maior desafio está em criar ambientes flexíveis para permitir ao usuário fazer suas descobertas e representações, deixando espaço suficiente para que ele se sinta livre sem ficar perdido ou confuso a ponto de abandonar as explorações e interações. O questionamento é quanto de informação o ambiente deve fornecer e em que medida pode deixar as construções por conta do usuário” (ALMEIDA, 2003, p. 207).

Predominantemente através de relatos de casos clínicos e discussões, se possibilitará o compartilhamento de experiências entres os mais experientes e os jovens estudantes, exposição de dúvidas ou assuntos diversos, tudo podendo ser realizado de forma síncrona ou assíncrona, mas que facilite e difunda conhecimentos e propicie colaboração mútua. A experiência de aprendizado através do ambiente virtual parece ser bastante favorável devido à habilidade e facilidade com que a geração atual constrói conexões e utiliza os recursos da *web* (ANDERSON, 2001).

1.4. Questão da Pesquisa

Como ensinar adequadamente a ética médica aos alunos do curso de medicina?

1.5. Objetivos

- 1- Descrever o modo como a ética é ensinada nos cursos de graduação em medicina, baseado na literatura.
- 2- Desenvolver modelo curricular de ensino da ética que desenvolva nos discentes a percepção diante de problemas éticos e as habilidades para conduzi-los.
- 3- Elaborar proposta curricular de ensino da ética que contemple essa temática transversalmente ao curso.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Anunciando os caminhos da metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritivo e de caráter bibliográfico. A pesquisa qualitativa tem como foco a explicação do por que das coisas, demonstra o que é conveniente ser feito, sem quantificações, já que os dados analisados são provenientes de interações e de diferentes abordagens. O objetivo é produzir novas informações, sem a importância de ser pequena ou grande (GERHARDT, 1973).

Segundo Chizzotti (2009) a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, na qual o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. Desta forma, o observador ou investigador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características, fatos e fenômenos de uma determinada população ou realidade. Exige do investigador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. Provê um estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002).

A pesquisa bibliográfica consiste em um levantamento de referências já publicadas seja por livros, *web sites* ou artigos científicos. Todo trabalho científico tem início através de uma pesquisa bibliográfica com o intuito de se conhecer o que já foi estudado a respeito do assunto em questão. Existem pesquisas científicas como no nosso caso que se baseia em referências teóricas publicadas com o objetivo de levantar informações sobre o problema para o qual se procura uma resposta (GERHARDT, 1973).

Entendemos por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Nesse sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria (MINAYO, 2000).

2.2 Metodologia da construção da base de dados

Na presente pesquisa, utilizou-se a técnica de revisão bibliográfica para a coleta dos dados conduzida de 2007 a 2017.

Para alcançar evidências relevantes de forma a subsidiar a proposta de ensino, utilizou-se a técnica da análise documental por meio de pesquisa bibliográfica, que é um

método indicado nas pesquisas qualitativas com o objetivo de identificar informações em documentos tendo por base as questões ou hipóteses de interesse.

Os dados da pesquisa bibliográfica foram levantados em produções encontradas nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library online), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) Pubmed (U.S. National Library of Medicine) e Google acadêmico. Em todas essas se usam descritores em saúde para realizar as pesquisas, sendo que na MEDLINE usam-se os *Medical Subject Headings (Mesh terms)* e no Scielo e Lilacs os *Descritores em Ciências da Saúde (Decs)*. Para este estudo foi utilizado o operador booleano AND que seleciona artigos que contenham ambos os descritores.

Foram associados os descritores: ensino, ética médica, educação médica e medicina-graduação. Foram encontradas ao todo 565 produções nos idiomas Português, Inglês e Espanhol.

Na primeira fase realizou-se leitura dos títulos e resumos dos artigos. As publicações selecionadas obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: período referente aos anos de 2007 a 2017; ter relação direta com os descritores e ser de domínio público (ter disponibilidade online). Em relação aos critérios de exclusão, foram suprimidos artigos encontrados em mais de uma base de dados e os não disponíveis para consulta gratuita.

Tendo por base que a realização prática da formação em medicina se encontra situada em um contexto tanto cultural como socialmente regulado, com conseqüente união entre o mundo do trabalho e o da formação, buscamos trabalhos com possibilidades de interação entre objetivos, valores, concepções e ações em ambos os contextos. Com o foco em identificar as expressões de competência úteis para potencializar decisões relativas ao aprimorando da graduação (DELL'ACQUA, 2009).

Em suma, a pesquisa bibliográfica foi utilizada para demonstrar:

- 1 Como é desenvolvido o ensino da ética nas escolas médicas; o que os pesquisadores apontam como dificuldades, fragilidades, necessidades neste ensino e as conseqüências para a formação e práticas médicas no sentido de saber lidar com os dilemas e questionamentos éticos após a formação.
- 2 Soluções que os órgãos reguladores do ensino no Brasil, Ministério da Educação e Cultura (MEC) em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) apresentam.

3 Quais recursos pedagógicos e tecnológicos ou tecnologias virtuais (e-learning) demonstram ser importantes para promover uma transformação em relação à forma anterior de ensino.

Foram selecionados 29 trabalhos relacionados ao objeto de estudo e que serão apresentados em três categorias. Em seguida, construiu-se um quadro sintético com os trabalhos selecionados contendo informações referentes a estes estudos. A saber:

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	PERIÓDICO PUBLICADO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
---------------	----------------	------------------	----------------------------	--------------------------	---

A seguir, esses trabalhos foram agrupados em três categorias:

Na primeira categoria, foi descrito como se dá o ensino da ética e as consequências para a formação e práticas médicas: os dilemas e questionamentos éticos durante e após a formação médica, o tempo dedicado a essa disciplina durante o curso, a formação e capacitação dos docentes.

Na segunda categoria mostraram-se soluções que os órgãos reguladores do ensino no Brasil, Ministério da Educação e Cultura (MEC) em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) apresentam para o ensino do curso de medicina, através de diretrizes reguladoras, DCN, que provêm o aparato legal para a educação médica, como também soluções apresentadas através dos estudos levantados, utilizando metodologias ativas.

Na terceira categoria falou-se sobre o emprego dos recursos tecnológicos ou tecnologias virtuais (*elearning*), as quais parecem promover uma transformação em relação à forma anterior de ensino, destacando-se os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA).

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo são apresentados os resultados e a discussão da pesquisa bibliográfica. Em primeiro lugar um gráfico resumindo cada estudo, seu autor, os objetivos, periódico de publicação, ano e principais resultados. A seguir são descritos de forma detalhada os resultados da pesquisa:

QUADRO 1- Síntese da Revisão de Literatura sobre como se dá o ensino da ética.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	PERIÓDICO PUBLICADO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
A ética médica e a bioética como requisito do ser moral: ensinando habilidades humanitárias em medicina.	Roberto Luiz d'Ávila	Principal: Possibilidade sobre o ensino da moral. Secundário: Importância do ensino da ética médica e bioética para o desenvolvimento moral dos estudantes.	Revista Bioética	2010	Ensino da ética médica em todas as fases da formação profissional. Fortalecimento da educação continuada em ética médica.
O ensino da ética no curso de medicina.	José Eduardo de Siqueira	Discutir as alternativas do ensino da ética e bioética no curso de medicina.	O Mundo da Saúde	2009	Modelo deliberativo do ensino da ética: utiliza o debate como método de aprendizagem e incompatível com carga horária reduzida, aulas expositivas, turmas grandes e passivas.
Relações éticas na atenção básica em saúde: a vivência dos estudantes de medicina.	Ricardo Corrêa Ferreira, Roseli Ferreira da Silva, Maurício Braz Zanolli, Cássia Regina R. Vargas	Análise sobre a percepção dos acadêmicos de 1º e 2º anos sobre relações éticas nas ações em saúde junto à comunidade.	Revista Ciência & Saúde Coletiva	2009	Há notadamente uma formação ética diferenciada através de vivências com questões que farão parte do dia a dia profissional, incrementando desta forma as percepções éticas dos estudantes deste o início do curso.
Código de ética do estudante de medicina: uma análise qualitativa.	Larissa Lisboa, Liliane Lins	Comparar os códigos de ética médica do estudante de medicina existente no Brasil.	Revista Bioética	2014	São similares e embasados pelo Código de Ética Médica. Sugeriu-se ao Conselho Federal de Medicina um código de ética médica do estudante unificado que seja utilizado na educação médica do Brasil.
O ensino de uma ética das virtudes nas escolas médicas.	Jorge Cruz	Análise do ensino da medicina nas escolas médicas.	Revista de Bioética Latino-Americana	2013	Negligência na formação ética dos alunos. Escassez de autênticos mentores. Desumanização dos cuidados da saúde.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	PERIÓDICO PUBLICADO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
Formação de recursos humanos em saúde: o ensino da ética e a prática profissional.	Anne Aires Vieira Batista	Pesquisa realizada entre médicos e enfermeiros para conhecer suas percepções sobre o ensino da ética.	Virtual Books	2011	Valorizar o ensino de campo, sua metodologia e dinâmica. Correlacionar com relações da prática profissional. Permeiar o ensino da ética por todo curso.
Avaliação do conhecimento da ética médica dos graduandos de medicina.	Moacir Fernandes de Godoy, Hanna Rafaela Alves Ferreira, Otávio Augusto Ferreira Dalla	Mensurar o conhecimento referente a ética médica adquirido por alunos do curso de medicina da faculdade de medicina de São José do Rio Preto.	Revista Brasileira de Educação Médica	2014	Há necessidade do ensino da ética médica durante todos os anos da graduação.
Os desafios atuais podem assinalar o começo de novos tempos.	Etelvino de Souza Trindade	Editorial onde se faz um paralelo entre o especialista antigo e o atual.	Revista Femina (Febrasco)	2011	O trabalho médico não se restringe ao aspecto cognitivo. Qualificação de recursos humanos (docentes). O desafio atual é o incentivo para mudanças.
Conhecimento do estudante de medicina sobre tomada de decisão no fim da vida.	Anielli Pinheiro et al	Investigar o conhecimento de estudantes de medicina sobre conceitos a respeito dos tipos morais de morte.	Revista Brasileira de Educação Médica	2011	Falta de conhecimento dos alunos de conceitos básicos da ética como eutanásia, distanásia e ortotanásia.
Médicos e indústria farmacêutica: percepções éticas de estudantes de medicina.	Gabriel Peres, José Roberto Pereira Job	Estudo sobre a relação entre estudantes de medicina e indústria farmacêutica afim de identificar as percepções éticas dos estudantes no início do curso.	Revista Brasileira de Educação Médica	2010	Os alunos são vulneráveis e há propaganda de medicamentos já em ambiente acadêmico, quando são mais susceptíveis ao <i>marketing</i> farmacêutico. Necessidade de maior cuidado na formação dos alunos neste aspecto.
Can deceiving patients be morally acceptable?	Daniel K Sokol	Uma proposta de ajuda à médicos para relatar verdades "ruins" a seus pacientes.	British Medical Journal	2010	Um fluxograma com <i>check list</i> para ajudar na decisão de ser honesto com os pacientes, bem como ser usado por professores no ensino desta complexa área.
Teaching of medical ethics: student's perception in different periods of the course.	Deborah Pimentel, Carla Barbosa de Oliveira, Maria Jéssica Vieira	Avaliar a percepção de estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe sobre conflitos éticos durante sua prática.	Revista Médica de Chile	2011	Em todas as práticas os alunos sentiram-se inseguros diante dos pacientes. Percebem negligência por parte dos professores em seus ensinamentos e conflitos de interesse em sua prática profissional.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	PERIÓDICO PUBLICADO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde.	Larissa Arbués Carneiro, Celmo Celeno Porto, Soraya Bianca Reis Duarte, Neuma Chaveiro, Maria Alves Barbosa	Analisar o ensino da ética nos cursos de graduação na área de saúde de 1997 – 2009.	Revista Brasileira de Educação Médica	2010	São essenciais ao aprendizado: modelos metodológicos, formação e atitudes do docente, tempo de exposição a conteúdos de ética, ética aplicada à clínica do ensino.
Formação ética e humana no curso de medicina da UFRN: uma análise crítica.	Karla Patrícia Cardoso Amorim, Elkanah Marinho de Araújo	Uma análise de como o ensino da bioética está sendo realizado na UFRN com propósito de fundamentar a melhora deste ensino nesta faculdade e em outras.	Revista Brasileira de Ética Médica	2013	O ensino da ética médica nesta faculdade ainda caminha para uma transversalidade. Necessidade de incrementar conteúdos. Necessidade de envolvimento dos docentes na busca de se aperfeiçoar. Necessidade do uso das metodologias ativas.
FONTE: Base de dados					

3.1 Sub sessão 1 (Quadro 1)

O ensino da ética necessita de um modelo que habilite os futuros médicos a terem capacidade de perceberem situações de cunho ético bem como terem habilidades de conduzi-los. Existem dilemas morais atuais que surgiram secundários aos avanços científicos e tecnológicos. Tomemos como exemplo a tomada de decisões frente à clonagem, aos procedimentos de fertilização, a eutanásia, ortotanásia, distanásia, aos cuidados paliativos e ao abortamento.

O profissionalismo médico aspira competência técnica segundo D'Avila (2010), mas, também necessita dos aspectos subjetivos relacionados ao caráter, personalidade e emoções como: sinceridade, altruísmo, honra, responsabilidade, integridade e respeito. Foram estabelecidos objetivos no ensino da Ética Médica quais sejam: ensinar a reconhecer os aspectos éticos e humanísticos da profissão; propiciar conhecimento geral sobre Filosofia, Direito e Sociologia; permitir a aplicação desse conhecimento ao pensamento clínico e auxiliar no desenvolvimento das habilidades necessárias para a aplicação desses conhecimentos. O autor indicou a necessidade de as escolas médicas oferecerem além de formação técnica, uma preparação contínua em temas humanitários, promovendo o desenvolvimento moral dos estudantes e futuros médicos.

É observado por Siqueira (2009) que não há um modelo ideal de ensino. São necessários o diálogo transdisciplinar e a construção conjunta do conhecimento. O grande desafio é resgatar a arte da percepção, reflexão e crítica. É preciso novos modelos pedagógicos que permitam ou facilitem o conhecimento bem como o domínio de habilidades e atitudes que permitam refletir, ver e respeitar as convicções, crenças e valores pessoais dos pacientes.

Os estudantes de primeiro e segundo ano de medicina na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), através da Unidade Educacional de Prática Profissional (UPP), já no início do curso têm oportunidade de contato com a comunidade de Marília no contexto das Unidades de Saúde da Família, conforme Ferreira *et al* (2009). Dessa forma vivenciam a ética das ações na Atenção Básica, e são estimulados ao desenvolvimento de suas capacidades tanto cognitivas como afetivas através da atuação na identificação das necessidades de saúde, na elaboração de problemas e do plano de cuidados que envolve a comunidade. Ficou evidenciado que as relações éticas são mais significativas aos estudantes quando vivenciadas.

Foram identificados quatro códigos de ética do estudante de medicina por Lisboa e Lins (2014): um de Brasília – DF, da Universidade Federal da Bahia, da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina e o Código de Ética do estudante de medicina do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Os códigos são embasados pelo Código de Ética Médica (CEM) e dentre os princípios fundamentais se sobressai a inquietação com a formação de valores éticos nos futuros médicos como responsabilidade, confidencialidade, respeito à dignidade humana e sabedoria no emprego dos conhecimentos adquiridos. Foi feita a sugestão ao Conselho Federal de Medicina (CFM) de elaborar um código unificado do estudante de medicina que contemple a educação médica em todo Brasil. Também foi proposto ao CFM recomendar ao MEC o uso obrigatório desse código de ética médica do estudante de medicina (CEEM) pelas instituições de ensino médico. O que ajudará o estudante de medicina a se conscientizar de sua postura enquanto estudante como também embasar sua preparação, do ponto de vista ético – humanista, para sua jornada profissional.

O ensino da ética nas escolas médicas foi objeto de estudo no trabalho de Cruz (2013), no qual analisou e salientou o ensino de uma ética de virtudes na formação dos estudantes, considerando que o ensino das virtudes começa na família, mas também é adquirido em grande medida pelo exemplo dos Mestres. O ensino com foco principal na aquisição de conhecimentos e competências técnicas pode levar a uma desatenção para a

dimensão holística do paciente e conseqüentemente a desumanização dos cuidados de saúde. A sociedade atual necessita de médicos que, além de competentes tecnicamente, sejam compassivos e instruídos, que entendam como o seu trabalho se relaciona com a cultura de que fazem parte, e que possam lidar com empatia com outros seres humanos em sofrimento.

Há uma lacuna entre a formação ética do profissional de saúde e a sua prática profissional, com repercussões no processo de tomada de decisões frente a dilemas, gerando atitudes inadequadas na relação médico – paciente e entre pares, concluiu Batista (2011) em seu trabalho.

Em um estudo transversal sobre o conhecimento da ética dos graduandos de medicina, com 387 alunos graduandos do ano letivo de 2012 da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) Godoy *et al* (2014) concluiu que houve claro crescimento do conhecimento da primeira à quarta série do curso, com estagnação observada a partir desta fase, demonstrando-se a necessidade do ensino da ética médica durante todos os anos da graduação.

Os dilemas que os jovens médicos enfrentam como a perda do controle sobre o próprio trabalho, pacientes encaminhados por instituições ou contratos de trabalho, os instrumentos que utiliza e até mesmo o valor de sua remuneração determinado independente de sua vontade, são analisados por Trindade (2011). A especialização, com utilização de técnicas diagnósticas e curativas têm feito a avaliação clínica e o exame físico serem desconsiderados. Segundo o autor, entre o exercício da medicina tecnológica e o paciente ressentido, impessoal e segmentar encontra-se um jovem profissional.

Em entrevista com estudantes de medicina em dois grupos (G1 do primeiro ao terceiro ano e G2 do quarto ao sexto ano) com relação ao manejo com o fim da vida, Pinheiro *et al* (2011) relatam o desconhecimento por parte dos alunos de conceitos básicos em ética e bioética como eutanásia, distanásia e ortotanásia. Consideram os futuros profissionais de saúde inaptos ao manejo de pacientes terminais.

Estudo de Peres e Job (2010) trata sobre a relação entre médicos e indústria farmacêutica, relatando as percepções éticas de estudantes de medicina referentes à influência da Indústria Farmacêutica entre os alunos ainda no início da graduação, a fim de demonstrar valores trazidos do ambiente familiar. Quase a totalidade destes estudantes (98%) conhece o fato de médicos receberem visitas de representantes de laboratório, todavia a maioria dos alunos desconhece as estratégias e práticas dessa indústria na promoção de seus produtos. Atualmente não há restrições à ação dos propagandistas nas universidades

brasileiras e muito menos em relação ao contato destes com os estudantes. Desta forma, os alunos são vulneráveis a propaganda já em ambiente acadêmico. Ainda fala a respeito da maior susceptibilidade dos estudantes ao marketing farmacêutico por estarem no início da formação e pelo pouco conhecimento sobre táticas mercadológicas da indústria farmacêutica. Enfatiza a necessidade de maior cuidado com a formação dos alunos neste aspecto.

Um interessante trabalho sobre “engano benigno” de pacientes que têm verdades ruins, ou mau prognóstico a ser informado relata que faltar com a verdade mina a autonomia dos pacientes, mas segundo Sokol (2010) o dever ético de ser verdadeiro não é absoluto e apresenta um fluxograma com questões ético – morais relevantes a serem analisadas (*deception flowchart*) com o propósito de ajudar na decisão de comunicar situações ruins aos pacientes. Esse fluxograma, além de ajudar na decisão de comunicar o mau prognóstico aos pacientes, também pode ser usado no ensino da ética médica para ilustrar a complexidade dessa área. O autor afirma que a despeito dos deveres médicos de ser verdadeiro, respeitar a autonomia do paciente e seu direito de saber a seu próprio respeito, existem situações que omitir a verdade ou mesmo mentir ou ainda ser evasivo pode ser moralmente aceitável e reduzir danos, que o senso estrito da honestidade deve, em algumas situações, dar lugar a compaixão e humanidade.

Em um estudo transversal com um grupo de estudantes de medicina, Pimentel *et al* (2011) identificou a percepção desses estudantes sobre conflitos éticos durante o curso, no qual os alunos relatam insegurança, incapacidade de enfrentar os problemas do paciente e uma percepção inadequada da confiança médica. Acerca dos professores, perceberam negligência e conflito de interesses por parte destes em sua prática profissional. Os autores referem que, sem dúvida, o ensino da ética médica é deficiente nas escolas médicas.

Conforme Carneiro *et al* (2010) o aprendizado depende da transversalidade do ensino, da formação e atitude ética do docente, do uso de metodologias ativas, tempo de exposição aos conteúdos éticos e ética aplicada à clínica de ensino.

Amorim e Araújo (2013) numa análise crítica da formação ética no curso de medicina da UFRN relata que o ensino da ética de forma transversal tem sido enfatizado desde a década de 80, sendo que em 1985 o CFM em relatório da comissão de ensino médico ratificou essa perspectiva. Atualmente há a tendência de organizar o ensino da ética e bioética a partir do primeiro ano de curso para contextualizá-la durante os demais períodos de curso, tornando-a transdisciplinar.

É incontestável que princípios e valores éticos norteiam toda a prática médica profissional, sendo mister promover o desenvolvimento moral dos estudantes ao longo de todo o curso médico, o que transcende aspectos cognitivos tão valorizados. Para o docente, é possível estimular, resgatar, aprimorar conteúdos e princípios no estudante que promova a formação de um profissional apto; que tenha conhecimento técnico, sem atrofiar suas aspirações humanistas e morais. Segundo D’Avila (2010) “não há nada mais clássico e ao mesmo tempo moderno do que a ética médica” (D’ÁVILA, 2010, p. 322).

QUADRO 2- Soluções Apresentadas pelas DCN.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	PERIÓDICO PUBLICADO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
Bioética e as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina.	Ana Maria de Oliveira	Análise dos aspectos bioéticos das DCNs para um curso de medicina.	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	2010	A ética e a bioética estão legitimadas pelas DCN e de permeio em todo ensino médico.
A experiência estética da literatura como meio de humanização em saúde: o laboratório de humanidades da Escola Paulista de Medicina.	Yuri Bittar, Maria Sharmila Aline de Souza, Dante Marcello Claramonte Gallian	Analisar de que forma uma atividade formativa baseada na leitura de clássicos da literatura atua e impacta em estudantes e profissionais na área da saúde, promovendo formação humanista.	Interface – Comunicação, Saúde, Educação (UNESP)	2013	O laboratório de humanidades da EPM apresenta efetivo impacto humanizador. Há um amplo processo chamado pelo autor de “educação dos afetos” o qual desencadeia a revisão e transformação das atitudes.
Julgamento simulado como estratégia de ensino da ética médica.	Priscila Katiúscia Savaris, Aliny Reberte, Marcelo Carlos Bertolluzzi, Bruno Schlemper Junior, Élcio Luiz Bonamigo	A percepção dos alunos de medicina sobre a importância do julgamento simulado como estratégia para o ensino da ética médica.	Revista Bioética	2013	Aprendizado da ética tem três fatores fundamentais: tempo dedicado e transversalidade da disciplina, formação e atitudes éticas do docente, utilização das metodologias ativas.
A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica.	Élcio Luiz Bonamigo, Amanda dos Santos Destefani	Análise da técnica de dramatização como estratégia de ensino.	Revista Bioética	2011	93% dos trabalhos revisados recomendam a dramatização para o treinamento da habilidade de comunicar más notícias.
Sala de aula invertida na educação para as profissões de saúde: Conceitos essenciais para a prática.	Valdes roberto Bollela, Mário Luís Ribeiro Cesaretti	Descrever os aspectos essenciais sobre a sala de aula invertida.	Revista eletrônica de farmácia	2017	Melhor desempenho dos alunos nas avaliações. Promoveu maior engajamento dos alunos no curso de medicina. Potencializou o aprendizado em humanidades.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	PERIÓDICO PUBLICADO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
Ensino de bioética na graduação de medicina.	Josimário Silva, Helena Maria Carneiro Leão, Amanda Cristina de Andrade Costa Pereira	Aplicação de novas metodologias no ensino da ética em uma faculdade de medicina.	Revista Bioética	2013	Necessidade de: uso de metodologias ativas, reformas curriculares. Papel transformador do docente com ações indutoras a um novo olhar, além dos livros. Participação dos discentes na construção de um modelo de ensino de acordo com suas necessidades.
Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino – aprendizagem?	Andréia Patrícia Gomes, Sérgio Rego	Apresentação do método de aprendizagem baseado em problemas (PBL) e a avaliação de seus resultados.	Revista Brasileira de Educação Médica	2011	Insuficiência da mudança pedagógica isolada como solução para uma formação médica ético humanista.
Ética e Bioética: o que os alunos de sexto ano médico tem a dizer.	Aline Camargo, Magareth Aparecida Santine de Almeida, Ione Morita	Identificar a percepção sobre questões éticas e bioéticas dos alunos do sexto ano médico.	Revista Brasileira de Educação Médica	2014	Os alunos consideraram a formação curricular acadêmica e o exemplo prático dos professores como importantes fontes de aprendizado. Aulas com abordagem em pequenos grupos. Discussões de casos reais ou fictícios.
From competencies to human interests: ways of knowing and understanding in medical education.	Arno K Kumagai	Explorar metas educacionais na medicina. Rever criticamente o conceito de competência na educação. Explorar estratégias alternativas para o ensino, aprendizagem e prática da medicina.	Academic Medicine (AAMC – Association of American Medical College)	2014	O programa chamado FCE (Family Centered Experience) para estudantes de medicina, ajuda na compreensão do adoecer no desenvolvimento da autorreflexão e de uma sabedoria pessoal no lidar com seres humanos. Uma educação médica para responsabilidade social.
Situações de conflito ético relevantes para a discussão com estudantes de medicina: uma visão docente.	Aloisio Marçal de Barros Serôdio, José Antônio Maria de Almeida	Conhecer e analisar as situações de conflitos mais relevantes para discussão com os futuros médicos.	Revista Brasileira de Educação Médica	2009	A exploração dessas situações por professores bem preparados, pode ser “padrão ouro” para ajudar o desenvolvimento moral dos alunos.

FONTE: Base de dados

3.2 Sub sessão 2 (Quadro 2)

As Diretrizes Curriculares Nacionais colocam a ética médica e a bioética de permeio em todo processo do ensino médico, sendo um “eixo integrador”. Desta forma a ética e a bioética estão legitimadas nas DCN. Oliveira (2010) conclui que cabe a instituição formadora consolidar esta formação já comprovadamente imprescindível à valorização da vida.

Predominam hoje as metodologias ativas, notadamente: PBL (*problem based learning*), TBL (*team based learning*), dramatização, entre outras.

No Laboratório de Humanidades da Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, Bittar, Souza e Gallian (2013) propõem como método de humanização na formação de profissionais de saúde, a leitura de obras clássicas da literatura universal, propiciando também um compartilhamento das diversas leituras, bem como das vivências dessas leituras, suscitando experiências afetivas. Dessa forma são criadas condições apropriadas para que estas experiências sejam expressas e processadas. Por sua vez é suscitado um processo reflexivo que propicia o desenvolvimento do pensamento crítico, responsável por desencadear revisões e transformações nas atitudes dos profissionais de saúde.

A ética médica precisa ser inserida de forma integrada e transversal no ensino médico, o que deve ocorrer desde cedo, no início da graduação para que os alunos coloquem em prática nos atendimentos o conceito de ética na relação médico-paciente, tornando-a mais humana (SAVARIS ET AL 2013). O julgamento simulado, mencionado nesse estudo, consiste em uma dramatização que promove a oportunidade de discutir assuntos deontológicos e éticos que fazem parte do cotidiano médico. É feita especial menção à Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), em Santa Catarina, que oferece em todos os semestres o ensino da ética médica.

Em uma revisão de 15 trabalhos da literatura mundial, Bonamigo e Destefani (2011) encontraram que a dramatização, dentro de um contexto de outras atividades tipo oficinas, laboratório (*workshop*) é uma estratégia bastante utilizada no aprendizado de como comunicar ao paciente más notícias na graduação médica. Tanto pode ser utilizada com o desempenho dos papéis entre os próprios colegas como com a utilização de atores ou pacientes simulados. Catorze dos 15 trabalhos revisados recomendam a dramatização para o treinamento prático desta habilidade.

A metodologia de ensino da “sala de aula invertida” segundo Bollela e Cesaretti (2017) agrega vários conceitos de ensino-aprendizagem, principalmente o da autonomia do

estudante, aprendizagem ativa e colaborativa, aprendizagem significativa e do ensino à distância. Conclui o autor que se trata de uma metodologia ativa com potencialização do aprendizado em humanidades no curso de medicina.

A aplicação de metodologias ativas no ensino da ética e bioética no curso medicina da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE (problematização, debates ativos, filmes, oficinas, simpósios com convidados da área médica e de diversas áreas do saber) é sobre o que discorre o trabalho de Silva, Leão e Pereira (2013) formando uma parceria entre discentes e docentes e promovendo as reformas curriculares compatíveis com a evolução do conhecimento necessária à formação de um bom médico.

Em um estudo de revisão de literatura sobre Aprendizagem Baseada em Problema (PBL), Gomes e Rego (2011) buscam avaliar sua efetividade na formação do médico crítico, reflexivo e com responsabilidade social. Os resultados mostraram que a mudança pedagógica isolada é insuficiente para a formação médica ético-humanista.

Alunos do sexto ano de um curso médico, em pesquisa de Camargo, Almeida e Morita (2014) consideraram o exemplo prático dos professores como importantes fontes de aprendizagem da ética e bioética. Por outro lado, relatam a insatisfação quanto a forma de abordagem do tema na graduação com evidências de deficiência na preparação ético moral destes futuros médicos. No entanto, dar mais espaço no currículo para a ética não será suficiente se os professores não forem uma influência na conduta moral dos alunos, pela própria conduta ética, humana e solidária, junto ao paciente. Houve as seguintes sugestões para melhorar o ensino: aulas com abordagem em pequenos grupos (como são realizadas nas metodologias ativas) com mais proximidade do professor e discussões de casos reais, atendidos por eles mesmos ou fictícios, casos esses como exemplo prático do que poderão enfrentar em algum momento de sua profissão.

Habilidade e competência é o objetivo de Kumagai (2014) em seu trabalho. Relata que dificuldades na relação médico – paciente advêm, em grande parte, devido a comunicação inadequada. Paciente e médico têm diante de si um mesmo problema, o qual aflige o paciente, todavia, cada um tem visão diferente: para o paciente é o sentimento da doença, o sofrimento, a perda. Para o médico é uma desordem fisiológica que pode ser tratada segundo as teorias médicas. O autor acredita que o entendimento e a abertura para a perspectiva do paciente pode ser feito através de um programa chamado *Family Centered Experience* (FCE), no qual estudantes de medicina acompanham voluntários da comunidade com doenças crônicas.

Tal programa ajuda os alunos a adquirir a capacidade de compreender a experiência do adoecimento e a desenvolver autorreflexão, aprendendo a se comunicar melhor com pessoas que podem ser bastante diferente deles. Ainda, cita o educador brasileiro Paulo Freire como descritor do ensino como libertador, concluindo que o escopo de FCE não é simplesmente ensinar compaixão, mas, que cada jovem estudante através do contato com histórias de vida, bem como reflexão e discussão possa encontrar sua forma pessoal de lidar com seres humanos com toda peculiaridade e riqueza que cada um possui.

Com o objetivo de analisar as situações de dilemas e conflitos mais relevantes para discussão com futuros médicos, Serodio e Almeida (2009) realizaram uma pesquisa entre 237 profissionais do ensino da Unifesp – EPM. As respostas foram categorizadas por temas dos quais os mais frequentes foram:

- Relação médico – paciente com 34,17% das citações;
- Prática médica com 28,69% das citações: erro médico, terapias de eficácia não comprovada, propaganda;
- Relacionamento entre médicos com 23,2% das citações: julgar e/ou criticar o colega, divergência de conduta;
- Fim da vida com 19,41% das citações;
- Condições de trabalho com 11,81% das citações;
- Ensino médico 10,97% das citações;
- Interesse financeiro 9,70%;
- Documentos médicos 8,34%.

O autor considera que a exploração dessas situações por professores bem preparados talvez possa ser considerado “padrão ouro” para ajudar no desenvolvimento moral dos alunos.

Com o intuito de um novo modelo educacional a Comissão Institucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) propôs diretrizes para a formação de estudantes de medicina no Brasil que lhes permita ser eficientes do ponto de vista científico, bem como ético. Uma formação que possibilite aprender fazendo e principalmente aprender a aprender de forma ativa e contínua. As metodologias ativas de ensino - aprendizagem tem – se demonstrado eficientes na contribuição para mudanças necessárias no ensino médico.

QUADRO 3- Emprego de Recursos Tecnológicos.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	PERIÓDICO PUBLICADO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
The use of elearning in medical education: a review of the current situation.	A P Choules	Uma revisão do estado da arte em o uso de elearning e todos seus recursos na educação médica.	Posgraduate Medical Journal	2007	Uma útil ferramenta de ensino, que pode ser usada e reutilizada, com acesso em qualquer local e no tempo que o aluno dispuser.
Tecnologias de informação e comunicação e ensino semipresencial na educação médica.	Ekaterini Simões Goudaris, Taís Rabetti Gianella, Miriam Struchiner	Utilização de TICs e seus resultados em processos formativos semipresenciais na UFRJ.	Revista Brasileira de Educação Médica	2013	TICs têm grande potencial para desenvolver processos educativos integradores, mas depende de uma abordagem pedagógica associada a visão educacional e de saúde dos que a adotam.
O uso de aprendizagem baseada em problemas como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem Moodle learning environment.	Adelina Mezzari	Implementar mudanças na disciplina de parasitologia e micologia médica do curso de medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).	Revista Brasileira de Educação Médica	2011	A utilização do EAD e os recursos de ABP como complemento do ensino presencial de graduação nos cursos da área de saúde podem se tornar efetivos para a formação profissional.
Enhancement of medical interns levels of clinical skills competence and self-confidence levels via vídeo ipods: pilot randomized controlled trial.	Margaret Hansen <i>et al</i>	Determinar se vídeos institucionais por ipod aumentaria o nível de confiança dos estudantes bem como suas habilidades e competências em cateterismo urinário.	Journal of Medical Internet Research	2011	Vídeos <i>ipods</i> oferecem uma nova abordagem pedagógica para reforçar competências e habilidades bem como autoconfiança em estudantes de medicina.
Effects of mobile augmented reality learning compared to textbook learning on medical students: randomized controlled pilot study.	Urs-Vito Albrecht, Kristian Folta – Schoofs, ... Ute von Jan	Comparar o impacto do realismo do ambiente de realidade virtual aumentada (mAR) em estudantes comparado material de texto, especialmente em medicina forense.	Journal of Medical Intern Research	2013	O grupo que utilizou a mAR demonstrou maior ganho de conhecimento de forma estatisticamente significante.
FONTE: Base de dados					

3.3 Sub sessão 3 (Quadro 3)

É observado por Choules (2007) que computadores estão cada vez mais sendo utilizados na educação médica, não apenas livros em formato eletrônico, mas verdadeiras

mídias interativas, usadas através de dispositivos móveis com acesso à internet. O grande trunfo do uso das tecnologias virtuais no ensino médico é o uso e o reuso (RLO – *Reusable Learning Object*).

No trabalho de Goudauris, Giannella e Struchiner (2013) é relatado que o ensino médico tem no uso das Tecnologias de Informática e Comunicação um grande auxiliar para enfrentar os seus desafios. Lembra que as TICs têm a capacidade para propiciar ambiente onde se possam desenvolver modelos e processos educativos integradores, mas, que isso demanda uma abordagem pedagógica daqueles que a adotam.

As mudanças no curso de medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre onde foi instituído o método de ensino BPL no ambiente virtual Moodle, disponível na instituição, são apresentadas por Mezzari (2011) e, como resultado, foi demonstrado que a utilização da Educação a Distância (EAD), e os recursos do PBL como complemento do ensino presencial na graduação dos cursos de saúde, podem se tornar efetivos para a formação profissional.

Em um estudo prospectivo, controlado e randomizado, Hansen et al (2011) demonstrou que o uso de vídeos para dispositivos móveis (*Ipod*), promoveu as habilidades e confiança dos internos no procedimento de cateterismo urinário tanto masculino como feminino.

O uso da tecnologia em mobiles utilizando *Agumented Reality* (AR) que consiste numa mistura de elementos do mundo real com o virtual, tudo processado em tempo real, foi demonstrado por Albrecht *at al* (2013) concluindo que o grupo que utilizou a tecnologia AR teve muito melhor performance no aprendizado, indicando uma fascinação dos participantes pelo conceito AR.

Através da tecnologia do computador o professor disponibiliza ou cria o conteúdo, o estudante o acessa e um administrador monitora o processo. O professor também acompanha os estudantes, provendo inclusive lembretes caso não estejam cumprindo metas e prazos.

A grande vantagem da aprendizagem virtual é a capacidade de uso e reuso em tempo e local que for apropriado e disponível ao estudante, em seu próprio tempo ou tempo livre, individualizado para ele.

Assim, com a tecnologia de um *notebook*, *Ipad* ou mesmo um *smartphone* é possível ter acesso a informações, conteúdos curriculares, pesquisas recentes ou mesmo cumprir metas de estudo e aprendizado (CHOULES, 2007).

Neste ambiente virtual de aprendizagem estaria, desde o início do curso, textos e contextos históricos do início das civilizações até os dias atuais, mostrando como sempre foi preciso haver o comportamento ético na história do mundo. Exemplo do comportamento ético dos judeus cuja prática mandava trabalhar seis dias por semana e ao sétimo dia havia uma pausa para descanso e prática religiosa, não só para os donos da casa, mas também para seus empregados. Havia uma grande ênfase entre os judeus na justiça e no comportamento ético (BLAINEY, 2010).

De acordo com os estudos levantados da literatura, expostos acima, ficou patente que o desafio atual é o incentivo para mudanças na maneira de ensinar a ética e também a qualificação de recursos humanos (docentes) segundo Trindade (2011). Que o ensino da ética deve permear todas as fases da formação profissional, com ênfase na educação continuada (D'AVILA, 2010)

Evidenciou-se no trabalho de Cruz (2013) que há negligência na formação ética dos alunos, com escassez de autênticos mentores e conseqüente desumanização dos cuidados da saúde.

Segundo Ferreira *et al* (2009) as questões da prática diária ao serem apresentadas através de vivências como casos clínicos, por exemplo, promovem notadamente uma formação ética diferenciada, com maior ganho no desenvolvimento da percepção ética dos estudantes, reflexão e capacidade crítica. Dentro das metodologias ativas, Siqueira (2009) conclui que é incompatível o seu uso com carga horária reduzida, aulas expositivas e turmas grandes e passivas.

Com relação à análise dos aspectos éticos relacionados as DCN para o curso de medicina, demonstrou-se no estudo de Oliveira (2010) que a ética e a bioética estão perfeitamente legitimadas pelas DCN e de permeio em todo ensino médico.

Em relação ao uso das tecnologias virtuais, Hansem *et al* (2011) concluíram que o uso de *Ipods*, reforçam competências e habilidades, bem como a autoconfiança nos estudantes de medicina e Albrecht (2013), aponta que há uma fascinação dos participantes pelas tecnologias virtuais.

Choules (2007) em revisão do estado da arte em uso de *elearning* e demais recursos tecnológicos na educação médica, conclui que se trata de uma útil ferramenta de ensino, pela facilidade de poder ser usada e reutilizada conforme a necessidade do aluno e no tempo que dispuser.

No estudo de Goudaris, Gianelle e Struchiner (2013) evidencia-se o grande potencial da utilização de TICs em processos formativos semipresenciais, ao desenvolver processos educativos integradores.

Parece evidente que falta ao ensino da ética médica no curso de medicina um programa de ensino transversal, em todas as fases do curso. Desde a década de 1980 tem sido indicado o ensino da ética em todos os períodos do curso. Segundo Grisard (2002) isso contribuiria para o crescimento em vez do retrocesso moral e humanístico dos futuros médicos. Também foram evidenciadas as vantagens e a eficiência do uso das tecnologias virtuais com destaque aos ambientes virtuais de aprendizagem (AVA), os quais podem ser usados em qualquer campo do conhecimento, todavia, nesse trabalho é destacado o interesse em usá-los para o ensino da ética médica que certamente vão facilitar dinamizar, motivar e favorecer a integração de conhecimentos e a incorporação de comportamentos.

4 PROPOSIÇÃO DO ESTUDO

Com base nos resultados da busca na literatura apresentados neste estudo, elaborou-se uma proposta metodológica para atender aos objetivos da pesquisa. Segundo Polit (2011) o estudo metodológico tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e por outras pessoas. É considerada uma estratégia que usa os conhecimentos existentes para elaboração de uma nova intervenção, ou então melhora uma intervenção já existente, ou ainda, elabora ou melhora um instrumento ou um método.

A autora apresenta, portanto, a inclusão do ensino da ética desenvolvido de modo transdisciplinar nos 12 períodos do curso de medicina, mediante o uso de Casos Clínicos, utilizando o recurso tecnológico AVA e tendo como base as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Foram observadas as exigências curriculares de se ter uma disciplina formal de ética médica, bioética, deontologia médica e a metodologia de aplicação desses conhecimentos por meio de estudos de casos, em acordo com os conteúdos abordados em cada semestre.

A partir desta revisão da literatura, pode-se compreender que a melhor forma de responder à pergunta “Como ensinar adequadamente ética? ” É que o aluno aplique os conceitos éticos na prática, ou seja, em um aprendizado cotidiano durante o curso. Que a ética seja incorporada, discutida, vivenciada e apresentada juntamente com a prática que o aluno desenvolverá ao longo da formação. De modo que, ao longo do curso, o aluno terá estudos nos quais será apresentado às questões éticas que poderão contribuir para o desenvolvimento da sua postura diante de determinadas situações próprias da prática médica atual.

Nesse sentido, as novas diretrizes curriculares do curso de medicina têm fundamental relevância, visto que norteiam que o graduando tenha formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014). Sendo assim, dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes

requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I - Atenção à Saúde

II - Gestão em Saúde

III - Educação em Saúde

As DCN corroboram estudos feitos por Sokol (2010) os quais apresentam que a educação médica deve contribuir para que haja uma “percepção moral”, que o conhecimento de como exercer a ética é uma obrigação profissional e moral na prática médica. Desta forma, foi trabalhado um modelo metodológico de ensino com foco em um preparo que ofereça aos jovens médicos elementos para lidar com dilemas e conflitos, visando não somente a capacitação para solucionar dificuldades na relação médico-paciente, mas, principalmente, atuar nas questões éticas.

Os casos clínicos serão apresentados primeiramente e em numeração ordinal. Situações diferentes dentro da mesma temática também serão apresentadas em números ordinais. Cada caso clínico será analisado à luz da sessão ou sessões das DCN, que ele pode se enquadrar, juntamente com os eixos a serem desenvolvidos durante a formação do estudante. Estes eixos serão descritos em algarismos romanos e com um resumo do respectivo conteúdo, seguidos das bases legais, quando necessário e procedida a discussão do caso com o apontamento dos possíveis desdobramentos e soluções, de modo a oferecer o máximo de subsídios ao discente para a melhor tomada de decisão. As bases legais serão norteadas pelo código de ética médica que consiste em um código moral que serve como modelo de conduta a ser seguido pelos profissionais médicos e pelas leis brasileiras pertinentes como Código Civil, Código Penal Brasileiro, Estatuto da Criança e do adolescente, etc. Ressalte-se que os nomes aqui apresentados nos casos clínicos são fictícios.

Como contribuição às tomadas de decisões e contemplando o eixo IV das DCN o qual aborda a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde, elaborou-se este texto em apoio às questões gerais relacionadas com a saúde. Serve principalmente às ações de educação em saúde, ressaltando a importância da relação entre incorporar novos hábitos ou mesmo mudar hábitos com a saúde de maneira integral e preventiva.

Existem oito remédios naturais, gratuitos e disponíveis a todas as pessoas. São oito princípios gerais de como desenvolver e manter uma vida melhor no âmbito físico, mental e espiritual:

1-Ar puro: é fundamental buscar lugares em que haja ventilação e que o ar puro seja respirado. O ambiente doméstico deve ser cuidado de forma a ter ventilação adequada dos diversos cômodos.

2-Luz solar: uma das principais orientações é que as casas tenham locais de iluminação solar. Às vezes, é necessário remover cortinas, abrir as janelas, suspender persianas para que os raios de sol entrem nos ambientes.

3-Água pura: a água faz grande parte do organismo, é essencial para o bom funcionamento do intestino, para o transporte de nutrientes, oxigênio e sais minerais, além de estar presente no suor, na lágrima, no plasma sanguíneo, nas articulações, no sistema respiratório, digestivo e nervoso, na urina e pele.

4-Alimentação em pequenas porções e variada: evitar comer alimentos que prejudicam o organismo e usar com moderação os que são benéficos.

5-Atividade física regular: proporciona fortalecimento dos músculos, sistema cardiovascular, controle do peso. Facilita o bem-estar geral e é a coisa mais importante a fazer para aumentar a longevidade.

6-Repouso adequado: além de dormir o número de horas correta diariamente, é importante reservar um dia da semana para um processo de restauração.

7-Temperança: envolve mais do que abstinência de drogas lícitas ou ilícitas, mas uma vida equilibrada no trabalho, no lazer e nas relações pessoais.

8-Espiritualidade: estudos revelam que religiosos são marcadamente menos estressados que indivíduos não espirituais (FINLEY; LANDLESS, 2014).

Desta maneira se promoverá um estilo de vida saudável, conciliando as necessidades tanto dos pacientes como as da comunidade, atuando como agente de transformação social, afim de minimizar ou prevenir doenças através da educação em hábitos e práticas de saúde.

4.1 Caso 1: Confidencialidade e sigilo médico

Situação 1

Uma paciente com 23 anos de idade deu entrada no Serviço de Emergência Ginecológica do Hospital no período noturno e, ao ser examinada, apresentava um corpo estranho volumoso na vagina. O profissional que a atendeu não conseguiu retirar o corpo estranho mesmo com o uso de fórceps e estava aguardando sala para procedimento cirúrgico com anestesia.

Durante o atendimento a paciente verbalizara que era garota de programa e que um amigo colocara maconha num invólucro de plástico e introduzira dentro de sua vagina. Pretendia entregar para seu companheiro no presídio, porém como não conseguiu tirá-lo procurou a Emergência do Hospital. O Ouvidor, diante da situação apresentada orientou que a paciente recebesse o atendimento médico adequado, que fosse respeitada sua privacidade e que a droga fosse devidamente armazenada, lacrada e entregue ao Serviço de Segurança do Hospital para guarda. O Ouvidor orientou também que, pela manhã, o caso seria discutido a fim de se definir o destino da droga e salientou que não se fizesse qualquer comunicado a autoridade policial antes do resultado da reunião.

Neste ínterim o Serviço de Segurança consultou a Assessoria Jurídica do Hospital que emitiu o seguinte: "[...] por se tratar de ocultação de substância proibida, o sigilo médico profissional deve ser quebrado." E orientou que se fizesse uma ocorrência na Delegacia de Polícia. Pela manhã a Assessoria Jurídica informou à Ouvidoria que a paciente fora presa em flagrante pela autoridade policial e que a mesma tinha antecedentes criminais. Ratificou que o caso se enquadrava na quebra do sigilo profissional. O Ouvidor discordou da conduta tomada e solicitou apreciação do caso à Comissão de Ética Médica do Hospital (CEM), principalmente quanto ao sigilo médico, pois embora seja uma situação não usual, poderá eventualmente ocorrer novamente.

Situação 2

Paciente com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sem qualquer manifestação clínica procurou um médico para orientação do que fazer nesta situação. Tratava-se de um senhor de 45 anos, heterossexual e múltiplos parceiros. Informou ter um relacionamento estável (uma noiva) que não estava a par de sua situação. Foi orientado a expor à mesma sua situação, disse que o faria e não voltou mais ao consultório. Após oito meses o mesmo médico foi procurado por uma paciente jovem do sexo feminino e sorologia para HIV positiva. Durante anamnese a paciente relata ter certeza que adquiriu a contaminação anos antes, uma vez que o noivo – cita o nome do paciente anterior - tem exame negativo.

Um ano após o médico recebe outra moça de 18 anos, com queixas relativas a uma infecção ginecológica com foco em um corrimento vaginal. Durante o interrogatório sobre sua vida sexual, diz ser monogâmica, tendo relacionamento com um único homem que ao ser nomeado trata-se da mesma pessoa já referida. Informa que não usa nenhuma proteção

tipo preservativo durante a relação e relata que seu companheiro já foi testado várias vezes para HIV e é negativo.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

Base legal:

- 1- É direito do paciente o sigilo do que for confidenciado ao médico durante a consulta, inclusive é crime revelar o segredo médico sem justa causa ou dever legal.
- 2- Art. 73 do Código de Ética Médica no quesito sigilo profissional: “É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento por escrito do paciente”.
- 3- Inciso XI do Código de Ética Médica como princípios fundamentais: “O médico guardará sigilo a respeito das informações que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei”.
- 4- Comumente as normas éticas adquirem a qualidade de normas jurídicas, no intuito de assegurar o respeito às exigências éticas e também responsabilizar eventuais infratores. O código Penal brasileiro dá embasamento jurídico a essa norma ética em seu art.154, prevendo punição a quem revelar, sem justa causa, segredo obtido no exercício de ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.
- 5- Apesar de o médico ter que, por dever legal, comunicar crime de ação penal pública incondicionada, especialmente aqueles relacionados a lesões corporais graves, “deve-se esclarecer que este não está obrigado a comunicar à autoridade o crime pelo qual seu paciente possa ser processado”.

Discussão:

O sigilo médico é o principal alicerce da relação médico – paciente. A complexidade crescente da vida social moderna, a convivência humana nas grandes cidades, o aumento intensivo do uso de drogas, o surgimento de doenças controláveis, mas não curáveis ainda, como a síndrome da imunodeficiência adquirida - aids, têm tido um efeito surpreendente, senão devastador sobre as pessoas, levando a serem reconsiderados aspectos fundamentais do sigilo médico.

Há uma dupla finalidade a consideração do segredo médico: a proteção do paciente em sua dignidade como ser humano, evitando discriminação, prejuízos profissionais e mesmo afetivos com a revelação de sua doença. Para o médico, também é protetor, impedindo que informações obtidas por ele no exercício da profissão sejam utilizadas por terceiros causando prejuízos a quem já se encontra fragilizado na condição de adoecimento e busca o médico para obter ajuda para aliviar seu sofrimento ou mesmo para a correção de determinada anormalidade. Além de tudo, o sigilo médico estimula o doente a confiar no médico, dando-lhe a oportunidade de corrigir ou mesmo tratar situações que poderiam prejudicar a sociedade, como por exemplo, adição de drogas e moléstias graves e crônicas que podem ser disseminadas caso não haja uma intervenção.

O código de ética prevê situações onde a regra do sigilo pode ser desconsiderada: justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. Analisando estas causas, a autorização expressa não gera dúvidas, o dever legal diz respeito aos casos em que, por exigência legal, a notificação da doença é compulsória. A questão da justa causa gera a possibilidade de controvérsias, pois, o médico nas duas situações exemplificadas acima, a despeito de ter o dever de proteger seu paciente e as informações obtidas no ato da consulta, trata-se de comportamentos que infringem a lei, com o efeito de agressão aos bens da saúde e da vida, os quais são protegidos pelas leis brasileiras. Desta forma, o segredo médico não pode ser um meio para que haja omissão em coibir prática ofensiva a sociedade e a saúde de indivíduos ou da coletividade. Portanto, a justa causa configura-se quando há um relevante componente social, configurando-se a proteção a vida de terceiros.

Concluindo ambas as situações: a paciente que estava sendo um meio de levar drogas ao presídio, caso não seja impedida, pode voltar a repetir a ação. A notificação a autoridade competente não poderia configurar um meio de coibir que a mesma seja pressionada a continuar tal prática? Quanto ao paciente que intencionalmente transmitia uma doença infecto contagiosa a outras pessoas, pode novamente ser chamado e confrontado em sua

atitude pelo médico que o atendeu, no entanto, uma notificação ou denúncia de sua atitude dolosa em prejudicar a saúde de outras pessoas, não seria mais protetora a sociedade?

4.2 Caso 2: Determinação social e ética médica

O médico Arnaldo Marques chega à enfermaria naquela manhã e se surpreende ao encontrar o senhor Djalma deitado no mesmo leito da última internação. Lê a anamnese da internação, realizada durante o plantão noturno bem como os resultados dos exames. Dirige-se ao Sr Djalma e pergunta o que aconteceu, haja vista, que teve alta da última internação com o seu diabetes compensado e agora os exames laboratoriais mostravam uma condição de descompensação. O senhor Djalma afirma, com convicção, que tem tomado regularmente sua insulina, sem falhar um único dia. Na discussão de casos no final da manhã o médico Arnaldo Marques conversa com os residentes, internos e dois estudantes do quarto ano que estão na enfermaria. É discutida a importância da anamnese, pois o paciente afirma estar usando a medicação regularmente na dose prescrita e por outro lado, não há evidências clínicas que expliquem a descompensação de sua doença. Foi solicitado que alguém obtivesse maiores informações sobre o paciente e os estudantes do quarto ano se propuseram a executar a tarefa. Lucas e Marcos foram à busca de uma nova história, todavia nada mais descobriram além do que o Sr Djalma afirmava, assim foi-lhe dada alta hospitalar, compensado e com uma prescrição diária de insulina. Já no fim da tarde, chega em casa. Sem filhos, mora sozinho, desde a morte da esposa há dois anos. Pensativo, busca encontrar uma saída para a perda de seu emprego há seis meses. Com a noite chegando, acende uma vela, único ponto de luz na sua casa, pois sua energia foi cortada há três meses por falta de pagamento.

(Extraído do Curso de Gestão da Clínica para preceptores do SUS/IEP – Sírio Libanês, 2013)

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

II-Integralidade e humanização do cuidado por prática médica contínua e integrada com as demais ações de saúde, de modo que hajam projetos terapêuticos compartilhados. Estímulo ao autocuidado e autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades. Reconhecimento dos usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.

III-Qualidade na atenção à saúde, pensamento crítico, melhores evidências científicas. Na escuta ativa e singular e nas políticas públicas, programas, ações, estratégias e diretrizes vigentes.

IV-Segurança nos procedimentos. Reconhecimento clínico-epidemiológico e vulnerabilidade das pessoas e grupos sociais.

VIII-Estratégia de produção de saúde, articulada a políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. Contribuindo para construção de ações que permitem responder às necessidades sociais em saúde.

IX-Cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade. Trabalho Inter profissional, em equipe. Relação horizontal, compartilhada, respeitando-se necessidades, desejos, compreensão sobre o adoecer da pessoa sob os nossos cuidados bem como da família e comunidade.

X-Equidade no cuidado às pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.

Base Legal:

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 dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Em relação aos princípios fundamentais do CEM, em seu inciso II “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.

Pontos a ponderar:

- 1- Quais fatores interferem na escolha do paciente de não usar a medicação? Acesso? Custo? Informação de como usa-la?
- 2- O que está levando o paciente à condição de descompensação do seu diabetes?
- 3- É necessária uma análise do contexto social e familiar do paciente, disponibilizando equipe multidisciplinar (assistente social p.ex.)?
- 4- É necessária uma história clínica mais ampla e pessoal, procurando ouvir os detalhes da vida cotidiana do paciente?
- 5- Fazer um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para este paciente?

Esclarecendo o PTS, consiste em uma estratégia para grupos, famílias ou indivíduos, que busca a singularidade ou individualidade como escopo de sua ação, uma vez que os diagnósticos tendem a igualar os pacientes e minimizar as individualidades. É uma proposta do SUS, que se preocupa com a saúde da família, e é entendida como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva, interdisciplinar e configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família.

Em uma visão ampliada do caso acima, percebe-se que foi providenciada a medicação adequada ao seu quadro de diabetes. Também lhe foram concedidas as orientações quanto à dose e uso da medicação. Todavia, questões de sua condição de moradia, disponibilidade de refrigerar sua medicação, recurso financeiro para alimentação adequada, foram passadas por alto. Sua condição de idoso, solitário e desempregado demanda uma ação para além da consulta médica, ou anamnese mais aprofundada (sem que estes quesitos devam ser suprimidos), mas, uma análise de seu contexto social e familiar e a busca de soluções efetivas dentro do princípio legal acima descrito.

4.3 Caso 3: Laqueadura tubária

Uma jovem senhora de 28 anos, já tivera três filhos, sendo que dois partos normais e o terceiro parto cesariana quando realizou a laqueadura tubária, uma vez que considerava, juntamente com o esposo, três filhos o máximo que conseguiriam educar e prover. Após cinco anos uma nova gravidez, que foi considerada indesejada a fez questionar o médico sobre a laqueadura tubária, se realmente foi realizada e ameaçou-o de demanda judicial e que daria a criança para que fosse criada por ele, ou então que ele realizasse um aborto.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

III- Qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a

si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

Base legal:

De acordo com o Código de Ética Médica:

1- Capítulo I (Princípios Fundamentais):

Inciso VII- O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em casos de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

2- Capítulo II (Direitos do Médico):

Inciso II- Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

Inciso IX- Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Prólogo sobre aborto no Brasil:

No Brasil, o aborto só está legalizado em três casos particulares, segundo Sell (2015): quando a gestação é decorrente de estupro, quando há comprovado risco de morte da gestante e nos casos de gestações de fetos anencéfalos. Alguns profissionais ousam fazê-lo de forma clandestina ou porque entendem que suas pacientes têm o direito de decidir se querem ou não levar adiante uma gravidez indesejada ou por motivos espúrios como tão somente ganho financeiro.

Em tais situações este procedimento é realizado, na maioria das vezes, em locais inapropriados, sem a devida antissepsia e assepsia, sem material adequado e sem estrutura para atender as complicações que eventualmente podem acontecer como sangramento, perfuração de alça intestinal, infecção.

Nessa perspectiva, pesquisas demonstram que abortos inseguros representam o 4º lugar em mortalidade materna no país, sendo que o abortamento pode comprometer a saúde da mulher em graus variáveis (DOMINGOS, 2010).

A definição dada pelas mulheres, relacionando o aborto a “uma experiência permeada por grande dor” Mariutti (2010); Boemer (2003) foi corroborada por pesquisa feita por Sell (2015) que reforça esta questão como um problema de saúde pública,

requerendo ações imediatas, a começar pela forma como as mulheres são tratadas nos serviços. A negação de cuidado e atenção que se dá por despreparo do profissional em não saber lidar com suas próprias crenças e valores pode desencadear uma série de sentimentos que irão refletir no significado que a mulher irá atribuir a esta vivência, principalmente quando define a hospitalização como desconfortante. Decorre a vergonha, o medo de ser culpabilizada, a raiva, o sentimento de abandono, dentre outros (BOEMER, 2003).

Questões a serem ponderadas:

- 1- Recusar de forma taxativa por ser procedimento ilegal;
- 2- Pedir para a paciente reconsiderar e aceitar seu filho;
- 3- Encaminhar sua paciente a um profissional de idoneidade duvidosa, mas que realizasse o abortamento;
- 4- Explicar que após laqueadura tubária existe a possibilidade de recanalização tubária.

Explicar que entende seu direito e autonomia para tomar esta decisão e apresentar os aspectos envolvidos nesta decisão do ponto de vista emocional (culpa, remorsos), possíveis complicações, e que o abortamento no Brasil é considerado ilegal, é indispensável. Ter a empatia, sensibilidade e interesse pela situação e sentimentos de sua paciente, explicando técnica, porém empaticamente, o que aconteceu.

O médico, de maneira empática, pode explicar que foi realizado devidamente o procedimento e comprovar o mesmo por exame de RX contrastado realizado após o procedimento - histerossalpingografia. Além disso, pode-se relatar que a cada 10 mil mulheres laqueadas apenas uma engravida e que isso acontece porque a trompa pode lentamente recanalizar mesmo cortada. Pode-se informar também que a laqueadura é considerada um método definitivo e altamente eficiente. Entretanto os casos de recanalização ocorrem principalmente em mulheres que se submetem à laqueadura com idade inferior a 30 anos.

A atitude de simpatia, paciência e amabilidade pode ajudar a paciente a superar sua frustração e aceitar que o ocorrido não se trata de falha no procedimento, mas uma estatística factível de ocorrer.

4.4 Caso 4: Preceptoría e ética médica

Paciente vítima de acidente de automóvel chega ao hospital, grave, chocando. O residente da cirurgia aciona o centro cirúrgico e leva o paciente para a sala de cirurgia. O anestesista se recusa a anestesiá-lo sem o preceptor.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

IV- Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

Seção II (da Gestão de Saúde):

III-Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e aperfeiçoar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

V-Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade.

Seção III (da Educação em Saúde):

II - Aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;

III - Agir inter-profissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;

IV - Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;

Questões a serem ponderadas:

- 1- O Médico Residente no desempenho específico de sua função é eticamente responsável pelos seus atos médicos?
- 2- A presença ou não do médico preceptor, ao lado do médico residente, deve ser levada em consideração para definir a responsabilidade deste perante o ato eventualmente discutido?
- 3- O registro do Médico Residente num Conselho Regional de Medicina transfere comprovado desempenho de sua atividade dentro do Programa de Residência, a responsabilidade ética pelas consequências de seus atos de Médico Residente?

Discussão:

Médicos residentes são médicos recém-formados que estão em aprendizado de especialidade no atendimento, compondo as equipes médicas, mas têm necessariamente a orientação de um preceptor, podendo agir sem ele em casos em que for de forma evidente desnecessária a presença dele. A Residência Médica tem regras definidas no país por leis federais. A regulamentação da residência médica confere aos médicos residentes a mesma obrigação dos profissionais registrados, ainda que ela seja compartilhada com os preceptores. Todo médico ao terminar sua formação tem responsabilidade por sua atuação e caso se proponha a realizar determinada conduta ele terá o respaldo legal para tanto, bem como a responsabilidade por tal ato.

A responsabilidade civil do médico residente merece uma abordagem sob três aspectos: 1.É regida quando analisada nos tribunais pela RESPONSABILIDADE SUBJETIVA, 2. Tem características inerentes à RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA, e 3. Apresenta aspectos da RESPONSABILIDADE CIVIL PELO FATO DE TERCEIRO. Sobre a responsabilidade subjetiva, significa ser necessário para ser responsabilizado, que o médico residente, como o médico em geral, aja com culpa quando pratique um ato que venha a causar dano a um paciente. E, agir com culpa, geralmente, significa ter um atuar caracterizado pela negligência, imprudência ou imperícia.

Não se pode prescindir, também, na atribuição judicial ao médico residente de responsabilidade por dano ao paciente da presença, além da CULPA no atuar, dos três outros elementos da responsabilidade subjetiva, quais seja um ATO LESIVO ao paciente praticado pelo médico residente, um DANO sofrido pelo paciente, e o NEXO CAUSAL entre estes, ou seja, uma relação de causa e efeito entre o ato lesivo e o dano. Sobre a "Responsabilidade do Médico Residente" nos transmite Moraes (2003) que a inexperiência do médico residente não os exime da responsabilidade que têm perante os doentes. E, diz mais: "O médico residente é médico como outro qualquer, tanto que, para o exercício de suas funções no programa de treinamento, é exigido dele vínculo com o Conselho Regional de Medicina e, dessa maneira, tem de seguir as suas normas e a elas está sujeito".

Assim, o anesthesiologista deve permitir através de seu ato anestésico que o paciente seja atendido e sua vida eventualmente salva. Todavia não se excluiu a necessidade do preceptor que pela própria posição que ocupa tem mais experiência e treinamento devendo ser acionado para atuar conjuntamente, principalmente em situações de maior gravidade e responsabilidade.

4.5 Caso 5: Equidade na fila de espera

Em uma unidade de Pronto Atendimento com vários pacientes à espera de atendimento, uma mãe aflita e sua filha de 2 anos com febre alta vê um paciente vítima de acidente automobilístico com trauma grave em múltiplas regiões (poli trauma) ser colocado à frente no momento do atendimento de sua filha. Coloca-se, então, em atitude de desespero, por achar que sua filha não pode ser preterida porque também se encontra em estado de saúde que requer cuidados.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

I-Acesso universal e equidade como direito à cidadania.

X- Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente às pessoas com deficiência.

Base legal:

Código de Ética Médica:

Inciso I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

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

Art. 23 - É vedado ao médico: Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 32 - É vedado ao médico: Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 33 - É vedado ao médico: Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Questões a ponderar:

- 1 - A criança febril deveria ter prioridade, devido ao risco de infecção grave ou mesmo convulsão febril?
- 2 - O paciente poli traumatizado é prioridade por tratar-se de uma emergência?
- 3 - O ideal seria a criança ter um atendimento em emergência pediátrica?

Nesta situação o paciente poli traumatizado é prioridade por necessitar de conduta médica urgente, haja vista risco de vida. A criança febril pode ser medicada a fim de controlar sua temperatura, sendo este procedimento de boa conduta, além do caráter tranquilizador para a ansiedade materna.

Os médicos que trabalham nos serviços de urgência e emergência avaliam as prioridades para atendimento baseados nos riscos que correm os pacientes. A prioridade maior é dada para os casos em que existe um risco iminente de morte, para casos de sofrimento intenso e quando o atraso do atendimento poderá agravar os riscos para a vida do paciente ou causar-lhe sequelas irreversíveis.

Destaca-se que a Resolução CFM nº1451/95 trata das normas de funcionamento de pronto-socorro público ou privado. Define o que é urgência e emergência:

Artigo 1º - (...)

Parágrafo primeiro - "Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata";

Parágrafo 2º - "Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato".

Sendo assim, neste referido caso o atendimento prioritário dos pacientes, à luz do entendimento médico, leva em conta o risco de vida e o sofrimento a que eles estejam sujeitos. A prioridade pelo estado do paciente está arbitrada pelas legislações existentes e a que os médicos têm que prestar obediência. Os critérios profissionais primordiais para o médico são a salvaguarda da vida e a luta contra o sofrimento humano. Esses são os mais elevados princípios hierárquicos para o médico, devido as suas implicações humanas e éticas. As normas legais que estão reguladas pela sociedade merecem uma posição hierárquica um pouco inferior, pois, predominam quando a sobrevivência não está posta à prova, no entanto, devem ser rigorosamente obedecidas pelos médicos nas circunstâncias em que não ocorram urgências e emergências médicas.

Esta situação trata-se de risco de vida, classificada como emergência, sendo absolutamente prioritária. Por outro lado, a criança febril poderá ser medicada com sintomático para alívio da hipertermia, bem como da ansiedade materna, enquanto se disponibiliza o devido atendimento médico.

4.6 Caso 6: Terminalidade da vida

Paciente de 54 anos, diabética, procurou o serviço de emergência do hospital devido a “lesões de pele”. Na história clínica, referia sofrer de diabetes há longa data e apresentar sintomas de “reumatismo” há 10 dias. Na ocasião, foi tratada com administração de corticoide parenteral. Posteriormente, notou lesões no membro inferior direito, o que a fez procurar o hospital. Na admissão, foi diagnosticado quadro séptico, tratado com reposição vigorosa de volume, insulina e antibióticoterapia. Apesar do tratamento evoluiu com hipotensão, necessitando drogas vasoativas para manutenção da pressão arterial. Foi encaminhada para a UTI com diagnóstico de choque séptico por piodermite, acidose metabólica, *diabetes mellitus*, síndrome anêmica. Além do tratamento pré-estabelecido recebeu sedação e analgesia, necessitou de suporte ventilatório invasivo e teve reformulado o esquema de antibióticos. Apresentou melhora clínica após um dia de internação, quando foi submetida a debridamento cirúrgico. Dois dias após foi constatado necrose em lesões de pele, sendo submetida a nova intervenção cirúrgica.

No pós-operatório evoluiu com diminuição da diurese, sendo indicada instalação de dialise peritoneal. No quinto dia de internação na UTI, apresentava-se sob ventilação mecânica, estável do ponto de vista hemodinâmico, afebril e com níveis glicêmicos parcialmente controlados. O aspecto das lesões de pele era preocupante e foi novamente

indicado debridamento cirúrgico. Evoluiu com fascíte necrotizante, descompensação do diabetes, insuficiência renal oligúrica, anemia e hipotensão. Necessitou novamente da administração de drogas vasoativas, insulino-terapia endovenosa contínua e diálise peritoneal intermitente. Foi novamente levada à cirurgia no décimo dia de internação na UTI. Dois dias após, apesar da otimização terapêutica, apresentava necrose em região posterior da coxa, com drenagem de secreção purulenta. Foi novamente avaliada pela equipe cirúrgica, que indicou desarticulação coxofemoral.

O médico do plantão noturno solicitou autorização dos filhos da paciente para que o procedimento cirúrgico fosse efetuado. Disse que seriam responsáveis pela evolução desfavorável do quadro de sua mãe, caso não fosse realizada a cirurgia. Os familiares solicitaram um tempo para fornecer o consentimento pós - informado. No dia seguinte, sentindo-se angustiados, pediram o conselho do médico intensivista, com o qual tinham contato diário, que lhes explicou a gravidade do quadro clínico, as possibilidades praticamente nulas de recuperação e por outro lado as sequelas decorrentes da desarticulação coxofemoral. Sentindo-se mais confortados, decidiram por não realizar a cirurgia, obedecendo, inclusive, a vontade de sua mãe, que, quando gozava de plena saúde, afirmara jamais aceitar a amputação de um de seus membros. Foi decidido pelo médico, em deliberação com os familiares que o tratamento da paciente, a partir daquele momento, seria paliativo, ou seja, manter-se-ia a ventilação mecânica, a sedação e analgesia, e seriam suspensos os métodos dialíticos e a administração de drogas vasoativas. Três dias após essa decisão, no décimo nono dia de internação na UTI, a paciente faleceu (MORITZ, 2005).

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

III – Qualidade na atenção à saúde, utilizando as melhores evidências científicas.

IV – Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, mas de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde.

Base legal: Eutanásia X Distanásia

Código de ética Médica:

Art. 41 - Perante a justiça brasileira a eutanásia sempre foi considerada conduta ilícita. É crime segundo o Código Penal. O consentimento do paciente para praticá-la não imuniza

quem a pratica de cometer ato ilegal. A distanásia é o adiamento do processo de morte através de tratamentos extraordinários. Não há um prolongamento da vida, mas um adiamento do processo de morrer. A realidade está em um grande investimento em o paciente sem possibilidades de recuperação, o que a medicina americana classifica como medida fútil.

Prólogo sobre a terminalidade da vida:

A questão da terminalidade da vida parece ser sempre difícil, há uma maior aceitação da morte nos casos de doenças crônicas, degenerativas ou neoplásicas de caráter progressivo e irreversível. É muito difícil, tanto para o profissional de saúde como para o leigo considerar a morte em consequência de uma doença crônica que agudizou, complicou e evoluiu desfavoravelmente e para a qual tenham sido esgotadas todas as opções terapêuticas e/ou curativas. É preciso saber quando diante de uma doença terminal, sem possibilidade terapêutica de cura, trocar o tratamento curativo pelo paliativo, entendendo que não curar não significa não tratar mas promover conforto e dignidade nos momentos finais do paciente

O ponto principal nesta discussão trata – se de dois aspectos: a aceitação da morte pelo paciente e seus familiares e a aceitação dos limites do profissional de saúde no que se refere à cura das doenças.

Outro ponto importante diz respeito a autonomia dos pacientes, princípio fundamental no exercício ético da profissão. No ambiente da UTI por vezes é desconsiderado este princípio, mesmo que o paciente tenha definido quais diretrizes desejariam que fossem seguidas, no momento de evento de agudização ou agravamento pode-se questionar a real vontade do paciente.

Discussão:

O importante para ser sempre lembrado e considerado é que nem sempre o médico conseguirá promover a cura das doenças, entretanto, poderá sempre aliviar seus sofrimentos. No caso em questão, ficou claro a importância de uma deliberação entre familiares e os profissionais de saúde sobre o tratamento médico durante o término da vida. Fornecendo aos pacientes e familiares todas as informações necessárias sobre a doença – embasadas no conhecimento científico e também se colocando no lugar do paciente e seus familiares, pois todas as informações certamente influenciarão na decisão a ser tomada. O resultado final

destas atitudes será uma decisão deliberada, resultante de um trabalho conjunto entre o médico e o paciente ou sua vontade demonstrada previamente a familiares.

Retirado da Revista Bioética – caso clínico sobre Terminalidade da vida (MORITZ, 2015).

4.7 Caso 7: Atendimento ao adolescente

Garota de 15 anos de idade procura serviço especializado em pessoas de sua faixa etária. Afirma querer iniciar atividade sexual e pede prescrição de pílula anticoncepcional. Não quer, em hipótese alguma, que seus pais saibam.

Eixo das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

I - Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS).

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.

Da Sessão II (da Gestão em Saúde):

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.

Base Legal:

Código de Ética Médica:

Art. 74 - “É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), artigo 15 e 16:

Art. 15- “A criança e adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais”.

Art. 16- “O direito à liberdade compreende o seguinte ponto, entre outros: VII – buscar refúgio, auxílio e orientação”.

Código Civil, Capítulo 1 (Da Personalidade e da Capacidade):

Art. 3º – Os menores de dezesseis anos são classificados como “absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil”

Art 4º – Os maiores de dezesseis anos e menores de dezoito anos são considerados como “incapazes relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer”.

Questões a serem ponderadas:

- 1- A jovem que pretende usar pílula para evitar a gravidez não estaria arriscada a se expor às doenças sexualmente transmissíveis, já que seu pedido pode pressupor sexo sem preservativo?
- 2- A possibilidade de gravidez precoce. Trazendo os desafios de uma gravidez não planejada e indesejada.
- 3- A decisão médica, de qualquer forma, acarretaria em algum tipo de risco. Ou seja, prescrevendo a pílula ou não, o profissional médico estaria com o dilema de uma gravidez indesejada de sua paciente ou uma possível divergência com os pais caso venham a tomar ciência de sua opção por início da vida sexual.

Discussão:

O primeiro aspecto a ser considerado na relação médico-paciente nessa faixa etária, que a diferencia da consulta da criança, é que o modelo até então estabelecido de contato entre o profissional e a mãe ou responsável passa a ser substituído pela relação direta médico–adolescente.

Essa mudança é importante por significar uma situação onde o adolescente deve ser encarado como um indivíduo capaz de exercitar progressivamente a sua responsabilidade quanto a sua saúde e cuidados com seu corpo.

Por outro lado, a família não deve ser excluída do processo. Entretanto, seu envolvimento não pode preponderar sobre a relação do médico com o adolescente. Assim, principalmente o primeiro atendimento deve ser realizado “em termos” diferentes, onde exista o momento de contato profissional com o familiar, prevalecendo, porém, o espaço médico-adolescente. Nessa oportunidade, os familiares são orientados quanto a questões como confidencialidade e sigilo médico e temas a serem abordados nas consultas, além da complementação dos dados de anamnese.

Toda oportunidade de envolvimento do jovem com o serviço de saúde deve ser adequadamente aproveitada. Quando são estabelecidas normas rígidas, que dificultem ou impeçam o acesso deste indivíduo às instituições, pode ser perdida a ocasião de proporcionar orientação e ajuda nas questões referentes à saúde física, exercício sadio da sexualidade e prevenção dos mais diferentes agravos.

Outro aspecto importante, considerando o adolescente como pessoa capaz, é garantir-lhe confidencialidade e privacidade, que caracterizam o sigilo médico.

Essa postura médica está respaldada no Art. 74 do Código de Ética Médica, que veda ao médico: “Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

Segundo o Parecer 1734/87, do CREMESP, o médico deve guardar segredo profissional sobre todas as confidências que receber de seu paciente, mesmo que menor de idade.

De acordo com o mesmo parecer do CREMESP, a revelação do segredo médico somente, deverá ocorrer quando o profissional “entender que o menor não tenha capacidade para avaliar a extensão e a dimensão do seu problema ou de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo e entender que a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

No caso em discussão, o fato de a adolescente procurar aconselhamento médico já é um indício de decisão madura. É muito provável que, caso o médico se recuse a atendê-la sem a presença dos pais, isso não terá como consequência o não início da atividade sexual, mas, ao contrário, o seu início sem o devido e necessário aconselhamento com o risco de

uma gravidez inoportuna. O momento é adequado não apenas para a eventual prescrição de anticoncepção, mas, também e principalmente, para o esclarecimento e instrução sobre os outros relevantes aspectos da prática sexual segura e responsável, como, por exemplo, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (OSELGA, 2008).

Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.8 Caso 8: Testemunha de Jeová

Situação 1

Aos 45 anos, homem passa por cirurgia para implante de pontes de safena. No pós-operatório apresenta hemorragia, que demanda transfusão de sangue em caráter de urgência. Consciente, ele exige da equipe médica que respeite seu desejo de não receber sangue, assumindo todos os riscos, atitude compartilhada por toda a sua família. Inconformados, médicos tomam uma decisão: durante a madrugada, sedam-no e ministram o sangue, estabilizando seu quadro.

Situação 2

Após acidente, mulher de 50 anos chega a hospital inconsciente. Ao despilar, enfermeira encontra em seu bolso documento registrado em cartório dando conta de que aquela paciente não aceitaria submeter-se a transfusão de sangue, em hipótese nenhuma, por ser Testemunha de Jeová. Como estava inconsciente, os médicos que a atenderam ficam na dúvida: será que pensaria da mesma forma, perante risco iminente de morte?

Situação 3

Familiares de paciente Testemunha de Jeová acidentado permitem que ele receba sangue, à revelia de sua opinião. Médicos sabiam do posicionamento do doente, pois este deixara tudo documentado. Assim que melhora, o homem decide processar a todos, inclusive médicos, familiares e hospital.

Situação 4

Testemunha de Jeová, 28 anos, deixa claro que em hipótese nenhuma quer receber sangue no decorrer de seu tratamento de leucemia – no que, inicialmente, recebe apoio do marido. Com o passar dos meses, no entanto, apresenta piora progressiva. Mesmo assim,

mantém sua opinião – ao contrário do marido que, perante risco iminente de morte da esposa, fica em dúvida em permitir ou não o procedimento.

Aproveitando a aparente passividade do homem, médicos realizam a transfusão, mas a paciente morre mesmo assim. Nos últimos minutos de consciência, porém, tem tempo para lamentar o fato de sua alma “haver ficado maculada”.

Situação 5

Após queda, criança chega a hospital com quadro de hematoma cerebral e necessita de cirurgia de urgência. Ao responder a anamnese pré-operatória, pai informa que, sendo ele e a esposa Testemunha de Jeová, “não aceitarão” a aplicação de sangue na filha, “ainda que seja necessária”.

“Preferimos perdê-la a contrariar nossa crença”, ressaltou o casal. Durante a operação, no entanto, ocorre um sangramento de difícil controle e o cirurgião autoriza o procedimento. Um dos assistentes, também Testemunha de Jeová, atende à determinação, porém avisa que vai processá-lo no CREMESP por “interferir no direito de autonomia e de decisão” daquela família.

Situação 6

Grávida de 24 semanas Testemunha de Jeová, é internada com hemorragia intensa. Aflita, avisa aos médicos que prefere perder a própria vida e a do filho a receber transfusão de sangue. Classificando o pedido como “absurdo”, intensivistas resolvem aplicar sangue compulsoriamente, considerando o princípio bioético de Beneficência ao futuro bebê.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado.

Base Legal:

Código de Ética Médica:

Art. 31 - Veda ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”.

Art. 28 - “Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

Parecer Consulta 19.123/94 do CREMESP:

“Torne-se claro que o paciente tem o direito de decidir quanto à sua aceitação ou não, de transfusão de sangue, baseado em crença, religião, ou qualquer outra condição inerente à sua vontade. [...] embora jurisprudencialmente, no Brasil, se tenda a considerar a vida como sendo um “bem indisponível”, do qual a pessoa conscientemente não teria o direito de abrir mão, a posição pode ser questionada. Afinal, a Constituição assegura o “direito à vida” e não “o dever à vida”.

Parecer 27.278/96 do CREMESP:

“Deverá o médico procurar os recursos técnicos e científicos para proteger a saúde do paciente, sem contrariar sua vontade expressa. Contudo, com relação à criança, a transfusão deve ser realizada perante risco iminente de morte”.

Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. “13: Classifica-se como atitude de maus-tratos a família que impeça um direito garantido por lei que é o acesso à saúde”

Questões a serem ponderadas:

- 1- Se o paciente não aceitar transfusão e morrer, sua família poderá entrar na Justiça contra o médico ainda que, inicialmente, fosse favorável a não realização do procedimento.
- 2- Se decidir por desrespeitar a vontade do paciente, e preservar a vida do mesmo, posteriormente poderá sofrer demanda judicial.

Discussão:

O paciente que professa a religião Testemunha de Jeová está sob a obediência religiosa de não consentir em se expor à transfusão de sangue. Sua convicção tem por base a bíblia, onde é feita a interpretação que é proibida “comer sangue”, o que está relacionado a

preservação do sentido da vida, bem como o valor da vida post-mortem. Ele crê que isso está orientado na Bíblia e se submete. Respeitar os valores religiosos do paciente Testemunha de Jeová privilegiá-los ao máximo possível na hierarquia do *checklist* de tomada de decisão está incluído na Não-Maleficência. O conceito da transfusão de sangue para Testemunha de Jeová é visto como dano a ser evitado, embora beneficência clínica, interliga-se à concepção deles de vida eterna.

O médico que atende à paciente testemunha de Jeová, ao mesmo tempo em que o assiste, não pode desconsiderar o disposto no Art. I (o campeão das condenações no CREMESP) sobre responsabilidade profissional do Código de Ética Médica: é vedado ao médico praticar causar dano ao paciente, por ação ou omissão que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Não transfundir sangue, frente à evolução clínica desfavorável, também confronta o médico com princípio fundamental do CEM, inciso II: “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.

Caso a transfusão de sangue para Testemunha de Jeová signifique a continuidade da vida do paciente, ela poderá ser compreendida pelo médico como um dano a valores morais do paciente Testemunha de Jeová, mas se a transfusão de sangue puder ser entendida pela equipe de saúde como não sendo fator de diferença entre vida e morte, a sua eventual aplicação seria um dano desnecessário, passível de ser apreciada como uma imprudência para esta combinação clínico-religiosa.

Haveria respeito ao princípio da Não-Maleficência não praticar transfusão de sangue para Testemunha de Jeová, nem para corrigir desvios laboratoriais sem maior expressão no prognóstico clínico, nem quando mau prognóstico não puder ser por ela revertido. Nesta última condição, a não-transfusão de sangue para Testemunha de Jeová contribuirá para respeitar a visão de continuidade da vida post-mortem, valor maior para o paciente Testemunha de Jeová.

A Autonomia trifurca-se no paciente, no médico e na instituição de saúde. A autonomia do médico está bem especificada no Código de Ética Médica, princípio fundamental Inciso VII: “O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigada a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”.

Situação especial é a da criança com pais Testemunha de Jeová. Autoridades do judiciário têm entendido que cabe à equipe de saúde a definição da Beneficência clínica da transfusão de sangue e que ela fala mais alto do que a Não-Maleficência para valores que não foram submetidos ao livre-arbítrio do paciente menor de idade.

A beira do leito do paciente Testemunha de Jeová comporta-se como excelente laboratório sobre atitudes da equipe de saúde. Ela testemunha várias combinações de atitudes de médico e de paciente Testemunha de Jeová /familiar/representantes da religião. Neste aspecto, há três condutas não recomendáveis: transfusão de sangue clandestina, mentir sobre a natureza do sangue administrado e desrespeitar o compromisso (OSELGA, 2008). Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.9 Caso 9: Autonomia do idoso

Há meses homem de 82 anos de idade, totalmente lúcido e ativo, reclama com filha e genro, com quem mora, de “desconfortos” que estão atrapalhando sua rotina de anos – que incluía alimentação saudável, porém abundantes e longas caminhadas diárias. Segundo explica, já não “conta com o mesmo apetite de antes” e, após as refeições, apresenta “queimação e inchaço no abdome”, além de certa “canseira”. No início, o casal não valoriza as queixas, pois o paciente sempre foi tido como “um pouco hipocondríaco” – comportamento piorado em decorrência da idade e pelo fato de o próprio pai haver morrido de câncer, “doença terrível”, como sempre garante.

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

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

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

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado;

Seção II (da Gestão em Saúde):

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

Base Legal:

Estatuto do Idoso

Art. 17- Estabelece que “ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”

Art. 10 Parágrafo 3º- “É dever de todos zelarem pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

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

Lei 8.842/94 - Política Nacional do Idoso

Art. 3º, Inciso I - a família, a sociedade e o Estado “têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”.

Código de Ética Médica

Art. 28 - É vedado ao médico “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar”;

Art. 31 - É vedado ao médico “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”. Art. 34 - Estabelece ser proibido deixar de informar ao paciente o diagnóstico, prognóstico, os riscos e os objetivos de tratamento, “salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.

Questões a serem ponderadas:

- 1- O médico deve acatar o pedido ou explicar ao paciente seu estado, baseado no princípio da Autonomia?
- 2- Comunicar a um parente o diagnóstico de um paciente, antes de comunicar ao mesmo, é atitude eticamente aceitável?
- 3- A dúvida do médico se refere especificamente ao caso de paciente idoso? E se um jovem com câncer gravíssimo fosse o paciente, e seus pais pedissem para que não fosse revelada a ele sua condição?
- 4- Como determinar os riscos e benefícios de uma revelação do gênero?
- 5- Caso a opção do médico fosse fornecer apenas ao paciente o diagnóstico de morte iminente, depois do falecimento, a família poderia processá-lo?
- 6- E se houver conflitos entre os irmãos sobre informar ou não ao pai (mãe) o diagnóstico?
- 7- Sob o ponto de vista ético, omitir o diagnóstico é o mesmo que mentir?

Discussão:

Segundo o Código Civil, idosos lúcidos e psicologicamente saudáveis, não alcoólatras, não viciados em drogas ou pródigos *nunca* são considerados como *incapazes* a vida civil, independentemente da idade.

Os problemas éticos a serem levantados no caso apresentado trazem em si duas questões para reflexão: a Autonomia e o Paternalismo. Diante de uma pessoa idosa, consciente de suas representações e acontecimentos mentais, apta a exercer plenamente sua

autonomia, haveria espaço para apelos de cunho paternalista, para que o profissional sonegasse informações sobre seu estado de saúde?

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

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

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

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

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

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

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

desejam resolver problemas pessoais, podem ter projetos que gostariam de concluir, e ninguém pode negar-lhes esse direito.

Nada impede, ao contrário, é saudável que em determinadas situações e instituições recorramos a profissionais de outras áreas, como psicólogos e assistentes sociais, que podem facilitar a tomada de decisão, estimulando, onde for possível, um trabalho multidisciplinar, mas nunca com o objetivo de restringir ou limitar o direito que o idoso tem de saber, quando é este seu desejo.

O que devemos é procurar o melhor modo de dizer a verdade que o sujeito se permite a ouvir, não nos esquecendo de que devemos respeitar seu direito de segredo médico quando assim solicitado (OSELGA, 2008).

Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.10 Caso 10: Anencefalia

Paciente primigesta, em acompanhamento pré-natal. Ao realizar sua primeira ultrassonografia ao final do primeiro trimestre é avisada pelo ultrassonografista que provavelmente há uma má formação cerebral, o que se confirma no decorrer da gestação como caso de anencefalia. A proposta de interrupção da gravidez, é taxativamente recusada pela gestante, que faz opção de levar adiante a gestação e ter seu filho. Ao final da gestação, dá-se o parto cesariano, com dificuldade de nascimento do polo cefálico pela condição de hidrocefalia. O obstetra realiza punção meníngea via fontanela, com drenagem de LCR o que possibilitou a liberação do polo cefálico.

O atendimento na sala cirúrgica teve assistência da neonatologista, que se surpreendeu pela criança apresentar choro e movimentação ativa, esperou pelo desfecho final de sua vida o que não ocorreu, a criança foi para o centro de terapia intensiva neonatal - CETIN para suporte ventilatório e em algumas semanas estava de alta. Hoje com 04 anos de idade, tem atividade motora quase normal, com limitação visual leve, e fala com alguma dificuldade, mas apresenta um bom entendimento ou boa função cognitiva.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde)

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da ética e da bioética.

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência.

Base Legal:

Do (ponto de vista jurídico o aborto é proibido no Brasil, constituindo crime previsto nos artigos 124 e 126 do Código Penal). Em duas hipóteses a lei permite a sua realização, deixando de ser ilícito ou crime: gestação com risco de vida materna ou gestação proveniente de estupro (código penal art. 128, I e II). A legislação penal, assim como a constitucional, preserva a vida sejam quais forem as circunstâncias com as exceções descritas acima.

O conselho federal de medicina, em 2010 (resolução 1949), ao normatizar sobre uso de órgãos para transplante, se pronuncia especificamente sobre os fetos anencéfalos, procedendo a autorização ética para o uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais. Sem, no entanto, entrar no mérito de interrupção da gravidez voluntária.

Prólogo sobre Anencefalia:

Anencefalia é um termo que significa falta de encéfalo, consiste em uma malformação fetal que ocorre durante a gestação e que atualmente pode ser diagnosticada a partir do terceiro mês de gestação.

A interrupção voluntária da gravidez (aborto) de feto anencéfalo tanto repercute em termos jurídicos como suscita questionamentos éticos. Não há previsão (ainda) na lei penal de aborto no caso de feto portador de anomalia incompatível com a vida, tal como a anencefalia. No entanto, ocorrem inúmeras autorizações para a realização deste tipo de aborto concedida tanto por juízes como também por promotores membros do Ministério Público.

Discussão:

A principal argumentação legal seria que o crime de aborto acarreta a morte do feto, no entanto, neste caso a morte fetal não é devido a interrupção da gravidez, mas por uma anomalia incompatível com vida, inviabilizando a sobrevivência fetal fora do útero materno.

Vale ressaltar que em 1940, ano de promulgação do Código Penal Brasileiro, não havia ainda a tecnologia necessária para constatar a má formação de um feto anencefálico, conseqüentemente não houve contemplação ainda na constituição de tal tema.

Em um contexto religioso, entende-se que a vida é um dom divino e, portanto, deve ser preservada e aceita de qualquer forma, considerando-se um valor supremo, não caberia a mãe, a escolha do tempo que o feto viveria.

Concluindo, e reportando ao caso acima. A mãe em causa, mesmo diante do diagnóstico de impossibilidade de sobrevivência, decidiu levar a gravidez adiante e houve uma surpreendente resposta do RN que não veio a óbito em alguns dias segundo a literatura vigente. Diante de tal dilema ético, torna-se imprescindível se levar em conta questões pessoais, filosóficas, religiosas e mesmo sociais maternas, pois as mesmas nortearão sua decisão quanto a enfrentar a gravidez de uma criança dita inviável ou recorrer às vias legais a fim de obter o consentimento legal para a interrupção voluntária da gravidez e também ter que conviver com o sofrimento que tal decisão impõe. Cabe ao profissional médico informar, orientar ou mesmo apoiar em tal situação.

4.11 Caso 11: Prótese total de quadril

Paciente com prótese total de quadril esquerdo, alocada por desgaste articular secundário e com dor severa. Evoluiu bem no pós-operatório imediato e após oito semanas retornou ao atendimento de urgência com o ortopedista de plantão devido à dor súbita em quadril esquerdo com limitação de movimento.

Ao exame clínico e complementação com exame radiológico constatou-se luxação na prótese cirúrgica com indicação de redução no centro cirúrgico sob anestesia. Procedimento realizado com sucesso, todavia a luxação passou a se repetir com frequência. Neste ínterim, apresentou desconforto torácico com avaliação cardiológica e indicação de estudo hemodinâmica das artérias coronárias, quando foi diagnosticada insuficiência coronariana aguda e realizado angioplastia transcutânea - ATC com implante de *stent* tipo farmacológico e início de anti - agregantes plaquetários (AAS e clopidogrel por um ano) como prevenção de obstrução coronariana por trombo.

Oito meses após este procedimento a paciente vem ao consultório do seu médico ortopedista com a decisão de trocar a prótese de quadril por não mais suportar o sofrimento das luxações repetitivas. À avaliação cardiológica foi contra - indicado a suspensão dos anti agregantes, podendo segundo as evidencias no máximo suspender o AAS, devendo permanecer o clopidogrel no trans operatório.

Houve uma deliberação entre equipe anestésica, cirúrgica, paciente e familiar. A princípio tentou - se dissuadir a paciente de cirurgia imediata e aguardar mais dois meses,

período que completaria um ano de uso dos antiagregantes, segundo as recomendações baseadas em evidências. O que não foi aceito pela mesma, houve apoio de sua decisão pelos familiares. Em respeito à sua autonomia e decisão, bem como após fornecer o Termo de Consentimento Livre, Informado e Esclarecido - TCLE, foi submetida ao procedimento cirúrgico sob anestesia geral. Teve boa evolução e alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório - PO.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da ética e bioética.

VII-Comunicação com usuários, familiares, demais membros da equipe profissional, respeitando-se as necessidades, preservando a autonomia, a confidencialidade e a segurança do paciente.

IX- Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional e em equipe. Respeito as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família, comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.

Base Legal:

Os princípios fundamentais da bioética devem nortear a prática médica, os quais são: beneficência e não maleficência, autonomia, justiça e equidade. Levando-se em conta que devemos sempre agir segundo o inciso II dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica: “O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. ”

Prólogo sobre autonomia do paciente:

É imprescindível nos dias atuais nos familiarizarmos com as questões éticas, sociais, legais e filosóficas relacionadas a assistência à saúde a fim de tomarmos as melhores condutas frente aos dilemas da prática médica diária. A decisão final deve ser do médico como detentor do conhecimento científico ou do paciente que sente em seu corpo o sofrimento?

A formação médica em geral propicia uma postura absoluta onde o paciente é conduzido pelo médico. Todavia entender a autonomia do indivíduo significa observar o direito do paciente em receber todas as informações pertinentes à sua condição e participar ativamente de seu tratamento. Tendo, inclusive, o direito de recusar o que achar agressivo a sua integridade física ou emocional.

O consentimento deve ser fornecido de forma totalmente livre, sem nenhum tipo de coerção, mas apenas através da informação completa sobre o procedimento a ser realizado e ao nível intelectual do paciente, sendo passível de renovação e revogação.

Discussão: Autonomia X Termo de Consentimento

Foi na década de 70 através dos trabalhos do oncologista norte – americano Van Rensselear Potter que foram estabelecidos os princípios que perduram até a atualidade de respeito aos direitos do paciente segundo estabelecido nos princípios da bioética.

O código de ética estabelece que a relação médico-paciente deve observar o princípio da autonomia ao determinar que seja vedado ao médico realizar qualquer procedimento sem antes esclarecer e obter o consentimento prévio do mesmo ou de seu responsável, exceto em caso de risco de vida.

Autonomia tem o significado de respeito à capacidade de o paciente decidir sobre seu tratamento, sua vida, sua saúde, sobre seu direito de saber de todas as informações que lhe dizem respeito e de forma deliberativa tomar sua própria decisão. Pode haver situações onde indivíduos tem sua autonomia diminuída, nestes casos deve-se recorrer aos seus responsáveis.

Concluindo: diante de seu paciente, segundo o exemplo acima, com dor e sofrimento, qual melhor conduta? Seguir à risca a orientação de não suspender antiagregante por um ano, dentro da melhor evidencia científica, ou ouvir sua voz e em parceria com ele procurar a melhor solução?

4.12 Caso 12: Erro médico, como agir diante do paciente e sua família

Situação 1:

Paciente, de 60 anos submeteu-se a uma histerectomia total abdominal por leiomioma uterino que causava sangramento uterino e subsequente anemia. Após uma semana de pós-operatório voltou ao hospital com dor em flanco esquerdo. Ao estudo através de tomografia abdominal e ultrassonografia constatou-se hidronefrose do mesmo lado com

comprometimento da função renal. Foi ré operada e verificou-se uma ligadura inadvertida do ureter esquerdo com ré anastomose do mesmo à bexiga. Houve boa evolução do quadro com alta em 4 dias para acompanhamento ambulatorial.

Situação 2:

Paciente obeso submetido a cirurgia bariátrica por videolaparoscopia. À avaliação pré-anestésica apresenta como comorbidades além da obesidade, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* tipo II e asma brônquica. Todos controlados com medicações específicas em uso. Após indução anestésica e posicionamento da mesa em posição de proclive acentuado, houve subitamente alteração da curva de CO₂ expirado com parada cardíaca em dissociação eletromecânica. Foram iniciadas manobras de ressuscitação cardiorrespiratória prontamente respondidas pelo paciente. Ao serem cheçadas as causas prováveis da PCR, tinha havido mobilização do tubo orotraqueal com ventilação inadequada que associado ao quadro de obesidade e asma brônquica propiciou rápida hipoxemia e PCR. A cirurgia foi suspensa e o paciente encaminhado ao CTI, onde permaneceu internado por cinco dias com dificuldade para sair do suporte ventilatório, sendo indicada traqueostomia para melhor desmame do respirador. Teve alta após sete dias de internação sem traqueostomia e com boa resposta clínica e neurológica.

Eixos da DCN

Da sessão I (da Atenção Básica):

IV - Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado.

Seção II (da Gestão em Saúde):

I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões.

Base Legal:

Pelo Manual de Orientação Ética Disciplinar do Conselho Federal de Medicina, o erro médico consiste em um resultado adverso decorrente da ação (negligência, imprudência) ou omissão do médico. Com a observação de que todos os casos de erro médico julgado sejam nos Conselhos de Medicina ou na Justiça em que houve condenação, foi por erro culposos, segundo o mesmo manual.

Prólogo sobre erro médico:

Por vezes é difícil saber, principalmente os jovens médicos como se portar diante de situações como nos casos acima ou em outras situações como a perfuração inadvertida da dura manter em uma anestesia peridural. Qual a melhor conduta nesta situação? Admitir e informar o paciente ou omitir e silenciar?

Discussão:

A médica Betsy M. Cohen (2015) apresenta orientações como diante da reparação de um erro médico preservar a relação médico- paciente.

- 1 Seja um ser humano, fale ao invés de ficar em silêncio. Os pacientes necessitam de conforto.
- 2 Comunique: fale com seu paciente se houver um erro.
- 3 Perdoar: a atitude dos profissionais de saúde tem muito a ver com este resultado. Não deixe seu paciente se sentir abandonado.

- 4 Mudar: é o aprendizado que torna possível a mudança. Não é fácil ser paciente no sistema atual, tão pouco médico. Respeito mútuo e diálogo é o caminho para o fortalecimento da relação medico paciente.

4.13 Caso 13: Delegando funções a outros

Paciente asmático comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para buscar remédios, conforme prescrição obtida de equipe do Programa Saúde da Família (PSF). Antes do aviamento do remédio, a atendente da farmácia se depara com detalhe que lhe chama a atenção: a receita – onde são indicados corticoide via oral e inalação com medicação – vem assinada e carimbada por enfermeiro.

Informado, diretor clínico da UBS que centraliza a rotina do PSF daquela região questiona o atendimento. Fica sabendo que, durante a visita, o médico responsável pela equipe foi chamado a um caso de urgência e designou o enfermeiro para visitar outro paciente que, a seu critério, necessitava apenas de um atendimento de rotina. Instruiu ainda ao auxiliar que promovesse o atendimento e que, perante um quadro sem alterações, mantivesse a mesma prescrição. Caso contrário, colocava-se à disposição, por telefone, para atendimento posterior.

Quadro estável, enfermeiro seguiu à risca a orientação do médico, registrando em prontuário toda a história, sem omissões. Sem concordar com tal prática, o diretor clínico decide abrir processo administrativo contra o colega e abrir Boletim de Ocorrência (B.O.) para “preservação de direitos”.

Eixos das DCN

Da sessão I (da Atenção Básica):

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado;

Seção II (da Gestão em Saúde):

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar

decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade;

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde.

Base Legal:

Código de Ética Médica:

Art. 02 - Proíbe ao médico “delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica”.

Art. 03 - Estabelece que o médico não pode deixar de assumir responsabilidade sobre o procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 04 - Proíbe de isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou responsável legal.

Art. 06 - Proíbe o médico atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 37 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o atendimento.

Resolução do Conselho Federal de Enfermagem:

Art. 1º- É ação da enfermagem, quando praticada pelo enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos;

Art. 2º- Os limites legais para a prática desta ação são os programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovados em Instituições de Saúde, pública ou privado.

Art. 3º- O enfermeiro, quando no exercício da atividade capitulada no Art. 1º, tem autonomia na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, respondendo integralmente pelos atos praticados.

Art. 4º - “Para assegurar o pleno exercício profissional, garantindo ao cliente/paciente uma atenção isenta de risco, prudente e segura, na conduta prescritiva/terapêutica, o enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares”.

Discussão:

- 1 Em hipótese alguma o médico pode delegar a prescrição?
- 2 Quais seriam as alternativas possíveis?
- 3 E se o paciente tivesse morrido de quem seria a responsabilidade?

Os problemas éticos encontrados neste caso levantam questões relacionadas à função do médico (Código de Ética Médica) e do enfermeiro (Código de Ética do Enfermeiro), dentro do grupo do Programa de Saúde da Família (PSF, centralizado nos municípios), da Secretaria da Saúde, além da responsabilidade civil-criminal destes profissionais.

Na questão da função médica, temos que seguir o que o Código de Ética Médica determina: o profissional só pode medicar o paciente como parte do ato médico, isto é, depois de realizar anamnese, exame físico detalhado, diagnóstico e escolhas terapêuticas. Tudo para definir a melhor conduta e, conseqüentemente, a medicação necessária. Seguindo este código, não se deve transferir a um profissional não médico um ato médico, já que este não responde legalmente por tal ação.

Se ocorresse uma complicação, o colega citado no caso destacado estaria envolvido, ainda que “dividido” por conta de outro atendimento de emergência: a “consulta” promovida pelo enfermeiro ao paciente asmático crônico não era urgente, e poderia ser realizada posteriormente por quem de direito.

O fato de priorizar a emergência médica, em detrimento de outro paciente, apenas atenuaria a infração ética, não a revogaria. Vale lembrar que é proibido ao médico prescrever à distância, mesmo se o remédio indicado seja de uso contínuo. Desta feita, estaria arriscado novamente a um processo disciplinar, com base no Código de Ética Médica.

Conforme já mencionamos, o paciente asmático crônico poderia ser atendido em outro horário pelo médico ou procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS), se fosse necessário, para obter os medicamentos em questão. A atitude implementada pelo médico não justifica o risco que correu, nem mediante a doença aguda, nem crônica – apesar de entendermos seus motivos, basicamente voltados a salvaguardar o melhor interesse do paciente, evitando sua ida a outra UBS.

Não podemos ainda nos esquecer do Inciso XVII do Código de Ética Médica, ao falarmos da ação multidisciplinar de vários profissionais da área da saúde, característica do PSF: reza que “as relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de

saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente”.

O pessoal da enfermagem está autorizado a manter a medicação prescrita pelo profissional médico, não sendo de sua responsabilidade a elaboração de uma receita, seja de uso contínuo ou não. No caso em voga, o enfermeiro o fez por solicitação do médico, possivelmente não sendo responsabilizado civil ou criminalmente, caso ocorresse algum efeito adverso.

Nesta questão, poderiam surgir dúvidas ao analisarmos o teor do Programa Saúde da Família, da Secretaria da Saúde. Nele, constam como funções do enfermeiro “realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições Legais da profissão”.

Aqui, poderíamos inferir que não havia um protocolo específico e definido para esta patologia (asma crônica), apenas a manutenção das medicações em uso contínuo. Acreditamos que não podemos avaliar a situação como regra, visto que se trata de caso pontual.

Quanto o ponto de vista criminal e legal, concordamos que não houve “culpa” do enfermeiro, pois fez o que lhe foi pedido, na tentativa de ajudar o paciente. Não há sugestão de eventual finalidade “lucrativa” em sua ação, não se enquadrando, portanto, no sentido clássico de “exercício ilegal da Medicina”, o qual traria benefícios próprios ao transgressor. Foi verificado que não aconteceu repercussão negativa ao paciente e, ao que parece, não havia outra finalidade, além de ajudá-lo.

Porém, com objetivos didáticos é importante ressaltar as punições que poderiam ter acontecido contra o profissional médico, o verdadeiro responsável legal desta ação. Resumindo, todas as ações dos profissionais envolvidos se justificam, exceto a do médico.

Para finalizar: no CREMESP e na Justiça, o colega foi ABSOLVIDO, pois se entendeu que não houve dolo na ação. Porém, é útil destacar que a questão é extremamente complicada, já que um risco sempre está embutido no ato de prescrever sem examinar.

4.14 Caso 14: Publicidade

Até comparecer a um congresso internacional, urologista adota como conduta receitar os medicamentos mais conhecidos à grande parte de seus pacientes com disfunção

erétil – com exceção daqueles que apresentam condições que desaconselham o uso desses remédios.

Por isso, entusiasma-se ao tomar conhecimento de nova droga já aprovada e licenciada no exterior, capaz de atender a uma gama maior de doentes, por apresentar poucos efeitos adversos. Convicto dos benefícios passa a recomendá-la em consultório particular – leia-se, entre os clientes com poder aquisitivo elevado e que podem importar o produto. Animados pelo resultado, os pacientes apregoam entre seus conhecidos os resultados “milagrosos” obtidos pela prescrição do “seu” médico – até então, pioneiro do uso da droga no país. Rapidamente as informações chegam aos meios de comunicação e o profissional é convidado a conceder entrevista em programa vespertino de televisão que, entre um participante e outro, apresenta merchandising variado, inclusive de remédios e produtos da chamada medicina “alternativo”.

Preocupado com a associação de sua imagem a tal tipo de propaganda, o médico fica em dúvida entre aceitar ou não. Teme, ainda, eventual acusação de “concorrência desleal” por parte de colegas – já que ele é o único a empregar o novo medicamento e que, portanto, indiretamente estaria fazendo propaganda de si e de seu consultório.

Depois de refletir, cede aos argumentos de seus pacientes de que tal aparição, na verdade, serviria para “ajudar muitos homens, sem opção de tratamento”.

Eixos das DCN

Seção II (da Gestão em Saúde):

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V-Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade.

Base Legal:

Código de Ética Médica:

Art. 111 - veda ao profissional “permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade”.

Resolução CFM 1.701/03 (critérios norteadores da propaganda em Medicina):

Art. 3º, item “c”- veda ao médico “participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina”; item “h”, anunciar a utilização de técnicas exclusivas e item “j”, garantir, prometer ou insinuar bons resultados de tratamento”.

Art. 9º- estabelece que “por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão”.

Lei Federal 9.294/96 sobre restrições ao uso e propaganda de medicamentos:

“a propaganda de medicamentos e terapias de qualquer tipo ou espécie poderá ser feita em publicações especializadas dirigidas direta e especificamente a profissionais e instituições de saúde”.

Discussão:

1. Se optasse por não divulgar o remédio, o médico não estaria tirando de seus pacientes a possibilidade de um tratamento efetivo?
2. Quando acaba a divulgação científica e começa a autopromoção?

É entendida como “autopromoção” a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma e intenção de: angariar clientela; fazer concorrência desleal e pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos, entre outros pontos. Como “sensacionalismo”, comportamentos como utilizar a mídia para divulgar método e apresentar, em público, técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico.

O médico tem uma participação específica no pacto social, e os compromissos correspondentes, sejam afetivos, morais ou legais, fazem parte do exercício de cidadania. Portanto, o médico não deve, sob qualquer pretexto, colocarem-se acima das regras que norteiam o exercício da profissão, como as emanadas pelos órgãos de classe, agências reguladoras de saúde, através de normas e leis, federais ou estaduais.

Diante da pluralidade da vida social e fragmentação cultural, quando um segundo de divulgação da imagem transforma a vida de alguém, pode parecer sedutora ao profissional a ideia de abrir uma janela na mídia para se promover, rompendo com os limites éticos de atuação, correndo o risco de desrespeitar a discricção, a verdade e a privacidade de seus pacientes.

Devemos compreender que a sociedade não é estática, ao contrário, e que seu dinamismo exige atenção quanto às normas que devem, sob pena de ocorrerem defasagens entre norma e prática, ser atendidas e respeitadas – é o caso, por exemplo, do que ocorre com a internet, uma fonte global de informação, mas de regulação complexa.

Cabe ao médico ser cauteloso quanto aos limites, entender que comunicação é relação, desenvolvimento de interatividade entre seres humanos, e que somente devemos utilizá-la com intenção formativa, nunca mercadológica ou comercial.

A questão apresentada aponta, dentro de uma sociedade cada vez mais longeva, para os problemas relacionados com expectativas de uma parcela da sociedade, fato discutido diariamente em todos os meios de comunicação, sendo a descoberta de um medicamento contra disfunção erétil uma forma de tratamento que vai ao encontro desse culto ao corpo e ao prazer. Com certeza, ao indicar um medicamento cujo resultado atende a necessidades sexuais, a informação cairá na boca do mundo.

Na relação ocorrida no consultório, no caso apresentado, médico e paciente compartilham de um novo medicamento, aprovado em outros países, mas ainda não pelas agências reguladoras e responsáveis pela comercialização no Brasil. Entretanto, a informação sai do privado e chega aos meios de comunicação. A ansiedade por melhores índices de audiência em programas dirigidos aos idosos e pela venda de revistas e jornais transforma o privado em público, o útil, em consumo.

Diz à norma que, a novidade aos pares por meio de artigos e participação em congressos, trabalhar junto aos órgãos competentes, no caso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para que o medicamento seja aprovado e comercializado no país, que qualquer aparição pública deverá ser carregada de caráter educativo, devendo evitar expectativas desnecessárias na população.

O profissional recorre à Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame), mas a resposta não é direta e imediata, é aconselhado a ler resoluções e manifestações dos conselheiros em pedidos de consulta; no entanto, velocidade da vida é outra, diz a um colega, reclamando. Enquanto isso continua o assédio, atende um apresentador famoso de televisão que tenta convencê-lo de que o Conselho caminha contra a história, que todo homem tem direito à liberdade de opinião e de expressão, que estaria fazendo um bem à sociedade com a divulgação, acentuando que os dividendos seriam consequência de seu esforço em se manter atualizado, que o lucro fazia parte do jogo.

Conclusão:

Nenhum médico está proibido de expressar pontos de vista a jornalistas de veículos destinados à população em geral. Entretanto, todo o cuidado é necessário: a publicidade deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo aconselhável àquela correspondente a produtos e práticas meramente comerciais. E, em hipótese alguma, pode ferir as regras éticas de concorrência com seus pares.

4.15 Caso 15: Declaração de óbito**Situação 1**

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

Situação 2

Médica de plantão recebe em hospital idoso já falecido, vitimado por grande trauma na cabeça. Família explica que, depois de derrame acontecido há anos, aquela senhora ficou com movimentação restrita e acabou se acidentando (caiu da escada). Confiando nesta versão, médica fornece atestado de óbito dando como causa “derrame cerebral”. Porém, Comissão de Ética da instituição tem dúvidas sobre a história e pede averiguação, por parte de legista. Este constata que, na verdade, a velhinha morrera após pancada na cabeça (soube-se depois que, possivelmente, teria sido dado por um dos seus filhos, interessado em sua herança).

Situação 3

Durante sua folga, médico recebe de amiga, enfermeira, o pedido que ateste o óbito de sua mãe que morreu em casa, no interior, de morte natural. Movido pela melhor das intenções, este atende ao pedido – ainda que não tenha visto o cadáver e sequer conheça a paciente. Porém, vivencia um dilema ético: será que agi corretamente? Será que poderia sofrer consequências por tal ato?

Situação 4

Usuário de drogas injetáveis morre em consequência de Pneumociste carinii e neurotoxoplasmose, ambas doenças oportunistas da Aids. Para evitar o estigma em relação à

esposa e filhos do doente (e a eventual perda do seguro de vida do homem, por questões contratuais), família pede ao médico que NÃO mencione no atestado de óbito o fato de que o morto era portador do HIV. Vai mais além: insiste para que não seja mencionada a pneumocistose, por conta de indicar ao perito do seguro se tratar de portador de doença “preexistente”.

Situação 5

Sem ter muita clareza sobre as razões que levaram à morte um paciente idoso, recebido sem identificação em PS (provavelmente, fora recolhido pela polícia), médico recém-formado declara o óbito como sendo consequência de “parada cardiorrespiratória”. PARECER: Todo paciente, em qualquer idade, sem identificação, obrigatoriamente deve ser encaminhado para o IML, sendo de responsabilidade das instituições competentes procederem de toda a maneira para a identificação. Quando resulta não ser possível, devem acompanhar o atestado de óbito fotografias e impressões digitais, sendo o morto enterrado como desconhecido.

Situação 6

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

Eixos das DCN

Da sessão I (da Atenção Básica):

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico.

Base Legal:

Código de Ética Médica:

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

Art. 84 - É vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Inciso 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde;

Art. 80 - É vedado ao médico expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 21 - É vedado ao médico deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Resolução CFM 1.779/05:

A declaração (ou atestado) de óbito é parte integrante da assistência médica.

Art. 1º- O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte;

Art. 2º- nos casos de Mortes violentas ou não naturais a Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Prólogo sobre declaração de óbito:

A legislação brasileira torna obrigatório o registro civil de nascimentos e óbitos. No caso de morte a este registro denomina-se declaração de óbito. Há duas finalidades para este documento. A primeira visa o aspecto legal, ou seja, a finalidade jurídica de atestar o desaparecimento de um indivíduo e conseqüentemente de seus direitos. Além de esclarecer se se trata de morte natural ou violenta.

A segunda finalidade diz respeito a dados quantitativos e qualitativos. Dados relativos a quantos morrem, quais as características dessas pessoas como idade e sexo e principalmente quais as causas desses óbitos. Dados importantes para se estabelecer um perfil epidemiológico da população e ações governamentais preventivas. Trata-se, portanto, de um documento oficial usado em todo território nacional, e que se constitui a base de dados para o Sistema de Informações sobre mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).

A declaração de óbito como um dos alimentadores destes sistemas de informações, necessita ter precisão, pois das informações fornecidos pela mesma depende diretamente a forma pela qual os dados são produzidos, coletados e trabalhados. O modelo em vigor é composto por nove blocos divididos em 59 campos, que agregam tanto informações com objetivos jurídicos como epidemiológicos.

A lei prevê o registro obrigatório do óbito, não se contentando, no caso, com a simples informação do declarante; exige ela que o fato se documente com a declaração de

óbito passada por médico ou, nas localidades onde não exista esse profissional, com a declaração de duas testemunhas que tenham presenciado ou verificado o óbito. (DIAS, 2015).

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

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

1. Paciente com médico assistente (hospitalizado ou não): o Código de Ética Médica estabelece que se o médico vinha prestando assistência médica ao paciente e este veio a falecer, e não havendo qualquer suspeita de morte violenta, cabe ao médico assistente à elaboração da Declaração de Óbito (Art. 84);
2. Paciente internado: de acordo com a Resolução CFM 1.805/06 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pág. 169). Se por algum motivo o médico não estiver em condições de fornecer a Declaração de Óbito, esta poderá ser fornecida por médico plantonista que indicará na Declaração sua condição de médico substituto. As condições da morte do paciente, sobretudo a causa mortis, poderão ser preenchidas mediante consulta ao prontuário médico;
3. Paciente sem assistência médica – óbito no domicílio. São possíveis duas situações: morte onde existe Serviço de Verificação de Óbito (SVO), que são instituições que têm a finalidade de determinar a realidade da morte e sua causa, nos casos de óbitos ocorridos sem assistência médica ou quando com assistência médica à doença que levou à morte não tem causa conhecida; A segunda situação é a ocorrência de morte onde não existe SVO, a declaração de óbito deve ser fornecida por médico do serviço público mais próximo e na sua ausência por qualquer médico da localidade. Neste caso o objetivo é que o enterramento possa ser feito, anotando-se que se trata de óbito sem assistência médica. Tendo sempre em mente a função legal deste documento é necessário certificar-se da realidade da morte, bem como da identificação do falecido. Neste caso será um atestado do óbito e não da causa do óbito.

No caso de morte de uma pessoa desconhecida, devem as instituições competentes proceder de toda a maneira para a identificação, quando não for possível, deve acompanhar

o atestado de óbito, fotografias e impressões digitais, sendo o morto enterrado como desconhecido.

Questões a serem ponderadas:

- 1 Como agir perante pedido da família, solicitando que a causa mortis seja omitida, a fim de evitar enormes constrangimentos ou perdas financeiras?
- 2 Como agir diante de um amigo que atestado de óbito para sua mãe que morreu por queda traumática?
- 3 Qual é a importância do atestado de óbito para fins estatísticos de vigilância epidemiológica?

Discussão:

Do ponto de vista jurídico, Dias (2015) relata que o “Atestado de Óbito se constitui em prova cabal e incontestável do desaparecimento do indivíduo...” (DIAS, 2015). É, por pressuposto, importante que seja determinado se tratar de morte natural ou violenta. No caso de suspeita de “morte não natural” – aquela que decorre de um acidente ou qualquer tipo de violência – o atestado somente poderá ser fornecido após necropsia realizada pelo Instituto Médico-Legal. É evidente que, ainda do ponto de vista jurídico, a determinação da causa da morte vai se constituir em elemento de prova. A ocorrência de queda da escada em casa pode ser interpretada como acidente e, ainda assim, deve ser encaminhada ao IML.

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

Em qualquer das situações o médico, por obrigação ética e legal, não pode fornecer o atestado de óbito a pessoa que não atendeu. Se houver dificuldade de acesso, a obrigatoriedade do exame da pessoa é condição sine qua non para o fornecimento do atestado. Diante da dificuldade intransponível o médico deve acionar o serviço de saúde pública ou o serviço policial para a remoção do morto para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou, se for o caso, para o Instituto Médico Legal (IML).

Diante do que significa o atestado ou declaração de óbito, tem como finalidade não somente confirmar a morte, mas definir a *causa mortis* e corresponder ao interesse médico-sanitário. Por meio do atestado de óbito fica estabelecido o fim da vida humana e da

personalidade civil. Portanto, o médico, de posse das informações sobre o paciente, ao preencher o atestado de óbito tem obrigação ética e responsabilidade legal de revelar a causa da morte e das doenças associadas do morto.

Em relação com médico associado a funerária, há duas situações: Na primeira, o médico atua em um serviço de atendimento domiciliar, é bem-intencionado e pensa apenas em ajudar uma família desesperada, uma vez que para enterrar, é necessário o documento. Na segunda situação, o médico com caráter duvidoso, se associa a funerárias que comercializam atestado de óbito. Seja qual for a intenção, fornecer atestado de óbito sem ver o morto é conduta antiética.

Conclusão:

França (2004) recomenda:

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

4.16 Caso 16: Atestado médico

Situação 1

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

Situação 2

Homem de 60 anos, recém-aposentado, decide entrar em forma em uma academia de ginástica. Atendendo à exigência da academia, consegue atestado de aptidão ao esporte junto a um clínico conhecido de sua família. Para fornecer o documento, profissional confia na palavra do paciente quando afirma “estou ótimo”. Liberado para musculação e exercícios em esteira, o homem sofre um infarto fulminante do miocárdio na primeira semana de malhação. Família resolve processar a academia, mas desiste quando, durante averiguação, é descoberto que o homem era portador de uma cardiopatia anterior.

Situação 3

Grávida no sexto mês de gestação pede à ginecologista que realiza o seu pré-natal que coloque em seu atestado que está no oitavo, com vistas a conseguir afastamento. Alegação: “não se sente bem” para continuar a executar seu “trabalho pesado” como faxineira. Profissional atende ao apelo, por compaixão, mas depois é denunciada ao Conselho Regional pela própria paciente, que alega “desconhecer que o afastamento precoce resultaria em diminuição de licença maternidade e do cuidado com o bebê por mais tempo”.

Situação 4

Paciente avisa ao seu médico que há uma incorreção na data do atestado fornecido a ele para afastamento do serviço. O médico limita-se a rasurar o documento, passando por cima nova data. Por acreditar tratar-se de falsificação promovida pelo próprio paciente – o que incorreria no crime de falsidade ideológica – empresa o demite por justa causa. Na Justiça ele prova que não foi ele e, sim, o médico, quem cometeu o erro. Ganha reintegração ao quadro de empregados e indenização. Empresa solicita legalmente do médico que lhe devolva o dinheiro, por ser o culpado por todo o transtorno.

Situação 5

Paciente marca cirurgia eletiva para a retirada de miomas do útero. Antes do procedimento, insiste com o profissional para que deixe pronto o atestado médico para a realização da operação, alegando que precisaria do documento para afastamento de trabalho. Horas antes do procedimento, porém, a mulher recebe a notícia de que sua cirurgia fora adiada. Mesmo assim, decide usar o atestado inicial para esquivar-se de audiência judicial solicitada pelo ex-marido pela guarda de filhos. Ao suspeitar de “manobra”, juíza chama o

médico para depor e explicar os motivos que o levaram a dar atestado antes da efetivação do procedimento.

Situação 6

Por volta das 9 horas, homem chega a Pronto Socorro infantil, solicitando consulta urgente de seu filho de cinco anos de idade com pediatra, por estar se “queixando de dor de cabeça”. Aguarda, tranquilo, o atendimento por “encaixe”. Depois da consulta, sem que nada demais fosse encontrado na criança, solicita ao médico que lhe forneça atestado para justificar sua ausência do trabalho no “período da manhã”. Posteriormente usa o documento como álibi, pois havia assassinado seu vizinho pouco antes de ter tido a ideia de ir até o hospital.

Situação 7

Candidato ao vestibular chega ao local da prova com cinco minutos de atraso e é impedido de concorrer. Decide pedir ao tio, médico, que lhe forneça atestado para pleitear, na Justiça, a chance de passar por novo exame. Apesar de contrariado, o profissional fornece o documento indevidamente. Porém, outros estudantes que também perderam a prova por chegarem atrasados testemunham: o colega não estava doente.

Situação 8

Responsáveis pelo departamento de recursos humanos de empresas situadas na região central da cidade surpreendem-se com uma “coincidência”: vários funcionários justificam ausência no trabalho utilizando atestado grafado em guias de receita e carimbados por um mesmo médico. Por desconfiarem de alguma incorreção na expedição dos documentos, solicitam averiguação do CRM que, após sindicância, fica sabendo que, na verdade, as guias e o carimbo haviam sido roubados da gaveta do médico em hospital público – e este não se deu ao trabalho de abrir Boletim de Ocorrência (B.O.). Enfim, o documento estava sendo comercializado na região.

Situação 9

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

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

Situação 10

Empresa exige que os atestados de seus funcionários, feitos por profissionais particulares ou de convênio (não são da instituição e nem do SUS), sejam “revalidados” por médico de seu serviço de saúde. Não é exigido que o funcionário seja avaliado por ele, pois vários doentes alegam que se encontram em repouso domiciliar ou até internados em hospitais. A consultoria jurídica da empresa apoia tal ação e, ainda, afirma que defenderão o médico se ocorrerem problemas decorrentes da emissão do atestado, quer sejam legais ou éticos. Argumenta que se baseia na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Eixos das DCN

Da seção I (da Atenção à Saúde):

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico.

Base Legal:

Código de Ética Médica:

Art. 80 - É vedado ao médico “fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda à verdade”.

Art. 81 - É vedado ao médico atestar como forma de obter vantagem.

Art. 91- É vedado ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal. O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não resultando em qualquer majoração dos honorários.

Art. 11 - É vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco, folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 87 – É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico legível para cada paciente.

Art. 89 – É vedado ao médico elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal. Salvo para atender ordem judicial ou para sua própria defesa.

Resolução CFM 1658, de 13 de dezembro de 2002:

É vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente. Além disso, lembra que “o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo e a terceiros, está sujeito às penas da lei”.

Art. 4º “É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade (com foto) aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença. Parágrafo 1º: Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal. Parágrafo 2º: Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar nos referidos atestados”.

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

Parecer Consulta 46.375/01 do CREMESP:

A receita (e por analogia, o atestado emitido por um profissional de Medicina) é um ato médico, e, como tal, deverá “ser elaborada com proficiência e esmero desejáveis”.

Questões a serem ponderadas:

- 1 O atestado deve ser entregue à empresa no mesmo dia de sua emissão ou em qualquer etapa do período de afastamento?
- 2 É lícito solicitar uma simples revalidação de atestado médico pedido pelo chefe do serviço, da instituição, ou por um amigo?
- 3 O atestado médico pode ser emitido apenas para constar a consulta ou deve ser fornecida tão somente uma declaração de atendimento com o horário que o mesmo foi realizado?

Discussão:

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

Muitas vezes pensando em beneficiar o paciente, deixam de cumprir as normas, sob o risco de ser punidos eticamente por isto. Passa-lhes despercebido que, nesse caso, existem duas visões, a médica e a trabalhista, não podendo ser confundidas e nem alteradas para o seu objetivo final que é o abono das faltas. Nossa responsabilidade é nos pautar pelas informações médicas verdadeiras, que não devem ser alteradas para se conseguir o objetivo final trabalhista, mesmo que em prol do paciente.

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

A identificação do paciente ou de seu responsável legal, que está solicitando o atestado médico, é imprescindível para que se evitem problemas futuros. Esta eventualidade já está prevista na Resolução CFM 1.658/02 no Art. 4º, Parágrafo 1º e 2º. Cabe ao profissional médico a emissão do atestado para a pessoa atendida: deve, portanto, sempre pedir seus documentos e comprovar sua identidade.

No caso de os exames médicos e ultrassonográficos estarem corretos, mas para a pessoa errada, fica difícil provar posteriormente, que não houve cumplicidade do próprio profissional nesse erro (falsidade ideológica da paciente) enquadrando-se na situação de “atestado médico falso”.

Sendo parte integrante de uma consulta médica, o atestado não pode, de forma alguma, ser comercializado aos doentes e nem ser uma forma de se angariar clientela. Para evitar seu uso incorreto, é necessário que se dê o atestado refletindo o momento do procedimento ou da doença verificada, *in loco*, durante consulta.

Não deve ser elaborado com datas diferentes da consulta médica, para que não haja oportunidade de gerar confusão. No caso de o paciente se esquecer de solicitar o atestado ao profissional e solicitá-lo dias após a consulta, entendemos que o ato médico existiu no

passado e a comprovação deste fato (ou seja, a emissão do atestado) faz parte dele. Disso, subentende-se que não é pertinente tornar a cobrar honorários pela sua execução de maneira retroativa.

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

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

Se o receituário for de instituição, caberá ao responsável legal da mesma fazer esta notificação. Nesse caso, a responsabilidade do médico é apenas a notificação do desaparecimento do carimbo. O atestado origina-se de um ato médico e, portanto, serve para confirmar o diagnóstico presumivelmente correto. Se isto não ocorrer, o médico será o responsável por qualquer prejuízo que venha a acontecer por conta de suas informações.

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

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

Por fim, abordaremos um problema muito difícil de ser resolvido: a revalidação dos atestados médicos. Neste tópico há situações, em que o médico novamente subestima o documento, por exemplo:

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

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

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

Conclusão:

O atestado médico deve ser encarado com o devido valor que possui, um documento não apenas de comprovação de afastamento do paciente para garantir tempo de repouso ou de afastamento do trabalho ou atividades escolares, mas de valor legal e revestido de fé pública. De forma alguma deve ser fornecido graciosamente. Seu emprego inadequado suscita frequentes questionamentos aos conselhos de medicina.

Ao elaborar o atestado médico deve-se atentar para que todos os registros sejam feitos de forma legível e identificado com assinatura e carimbo do médico com número de registro no CRM (conselho regional de medicina). Somente os médicos e odontólogos tem a prerrogativa de emitirem atestado de afastamento do trabalho, devendo ser recusado atestado fornecido por outros profissionais.

Além das medidas reguladoras vigentes no CEM, no Código Penal, em seu Art. 302, há previsão de pena de detenção de um mês a um ano por emissão de atestado falso. Portanto é dever de todo médico tomar muito cuidado nas seguintes situações: atestado para aptidão de exercícios físicos, para visitas a familiares, para interdição, com indicação de CID, de acompanhamento e com data retroativa. Cabe, portanto, ao médico e ao odontólogo que este documento tenha credibilidade e represente somente a verdade. Todos os casos mencionados foram retirados do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.17 Caso 17: Acobertamento

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

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

Ao recolher o material desprezado durante a operação, circulante de sala percebe a presença de onze, em vez de dez compressas cirúrgicas, como seria o esperado. Uma delas, nota, está mais “escura e diferente das outras”. Ao comunicar ao médico o que encontrou, deixa claro que o apoiaria em toda e qualquer atitude, no sentido de prolongar ou não aquela história. Porém, a outra atendente presente não concorda em acobertar e traz a situação à tona.

Eixos das DCN

Da Seção I (da Atenção à Saúde):

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

Da Seção III (da Educação em Saúde):

III - Aprender Interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde.

Base Legal:

Código de Ética Médica:

Em vários artigos, o Código de Ética Médica condena o ato de acobertar um colega. Entre eles, pode-se citar o Inciso XVIII dos Princípios Fundamentais: “o médico deve ter, para com seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de

denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética Médica da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina”.

Art. 50 - É vedado acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 22 - É vedado ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”;

Art. 34 - deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Questões a serem ponderadas:

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

Discussão:

Na opinião de França (1998) o simples fato de haver esquecimento de um corpo estranho num ato operatório, por si só, não constitui, moral ou penalmente, um fato imputável, a menos que estas situações se repitam em relação a um determinado profissional, o que, por certo, viria a se configurar em negligência.

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

Segundo ele, se reconhece que esses cuidados não dependem apenas do cirurgião e de sua habilidade, mas também, dos que participam direta ou indiretamente do ato

operatório e inclusive do tipo de material utilizado nessa forma de trabalho (Parecer Consulta 34.377/ 92, CREMESP).

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

Conclusão:

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

4.18 Caso 18: Comunicação de más notícias

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

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

Tão logo retomou a consciência, o paciente é informado pelo neurocirurgião de que o resultado do exame indicou a presença de “glioblastoma multiforme no cérebro, já em fase avançada”. Assustado, totalmente inexperiente no assunto, pede ao médico que “traduza” o diagnóstico, de forma que possa entender.

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

Atônito, inconformado, acabara de fazer financiamento de apartamento próprio e prestes a ser pai pela primeira vez, pois sua mulher estava nos últimos meses de gestação, o

paciente decide nada fazer, pois “de nada iria adiantar”, entra em depressão, abreviando o tempo de vida que lhe resta.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

Seção II (da Gestão em Saúde):

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões.

Base Legal:

Para salvaguardar sua postura “direta e objetiva”, o médico poderia valer-se do Art.34 do Código de Ética Médica, que o impede de “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.

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

Discussão:

Comunicação de má notícia: não se trata de um momento pontual na relação médico–paciente e, sim, de um processo que deve começar quando o profissional chega a uma suspeita diagnóstica e parte para a investigação propedêutica. Este processo levará maior ou menor tempo, dependendo de determinados pontos a serem considerados, como respeito incondicional à Autonomia do paciente e o compromisso com a veracidade.

Nesta relação, espera-se que o médico seja o detentor do saber e o paciente, o ponto mais frágil. Também devem ser levados em conta conceitos de Beneficência e de Não-Maleficência, para que possamos, no momento da informação, pensar na qualidade de vida do doente.

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

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

É certo que muitas vezes existe dificuldade em se determinar para que lado peça a relação Beneficência/Não-Maleficência. Como exemplo, temos o caso em questão, em que a sinceridade – um tanto brusca – do médico provocou reação negativa por parte do doente. Num primeiro momento, o profissional deve compartilhar com o paciente somente o que é clinicamente conhecido, pois, nesta fase, a resposta do atendido ao tratamento é desconhecida. Ou seja, no início, falar do desconhecido poderá gerar um grau de insegurança que, certamente, não será bem-vindo.

Argumento importante sustentando a obrigação à veracidade é que a confiança entre as pessoas é necessária para uma interação produtiva, proporcionando, por isso, melhor adesão aos tratamentos indicados.

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

Deve se evitar que as dúvidas e conflitos individuais, dentro da equipe, sejam transferidos ao paciente. Na manutenção desse diálogo, é fundamental que o médico e o paciente tenham o apoio de outros profissionais, como psicólogos e assistentes sociais, mas todos dentro de uma mesma linha de conduta frente ao paciente.

Conclusão:

Em suma, vemos que as dificuldades enfrentadas nessa relação tão delicada são grandes e que, frequentemente, é difícil estabelecer o limite entre a obediência aos nossos princípios de fidelidade à veracidade, e o respeito ao princípio de Não-Maleficência. Prevalecerá sempre o bom senso, alicerçado em uma relação médico–paciente bem constituída (SOKOL, 2007).

Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.19 Caso 19: Agressões a médicos

Situação 1

Médico perito da previdência atende o mesmo segurado em duas ocasiões: a primeira, na concessão de benefício de seguro-saúde, após realizar cirurgia de pontes de safena. Permitiu seis meses de afastamento. Coincidentemente, realiza nova consulta para avaliar aptidão ao trabalho. Apesar das queixas do homem de que “ainda não se sente bem”, “tem dores” e “cansaço”, após exame clínico, considera que o atendido está apto ao trabalho.

Enfurecido com a decisão, o paciente ameaça “esperá-lo na porta” para uma conversa e, ainda, avisa: “vários de seus outros atendidos estão reclamando de sua falta de educação e comportamento injusto. Vamos fazer um abaixo-assinado para retirá-lo de seu posto”.

Situação 2

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

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

Situação 3

Médico ginecologista e obstetra atua em UBS de região considerada como de “alta periculosidade”. Durante o tempo em que lá trabalha solicita, junto ao diretor técnico e clínico, que providenciem medidas de segurança, com profissionais especializados e portas para detecção de metais. Sem sucesso, por questão de solidariedade e do que considera como “ética profissional”, continua atendendo suas pacientes normalmente, apesar de todo o risco.

Situação 4

Pediatra costuma realizar atendimento a determinada criança, desde o nascimento dela. Em algumas ocasiões, além da mãe, comparece o pai, constantemente embriagado.

Em um dos atendimentos, faz um exame clínico e anamnese minuciosos e, sem identificar a causa da febre e mal-estar, recomenda repouso e observação em casa. Horas depois, a criança volta, desta vez, com quadro de meningite instalado. Apesar de atendimento adequado, inclusive com verificação de rigidez da nuca (na ocasião da primeira consulta, ausente), o pediatra passa a ser acusado verbalmente pelo pai, de “erro médico”.

Inconformado com as explicações do profissional, o homem passa às vias de fato, com tapas e socos.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

III - Qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho inter profissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado;

Seção II (da Gestão em Saúde):

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade.

Base Legal:

Segundo o Código de Ética Médica, Inciso II, o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 73 do Código de Ética Médica estabelece que o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador.

Art. 36 veda ao médico abandonar paciente sob seus cuidados. Parágrafo 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao colega que lhe suceder.

Art. 33 proíbe deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não houver outro médico em condições de fazê-lo.

A Resolução 90/00 do CREMESP, considera, entre outros pontos, que “o médico, no exercício da atividade profissional, encontra-se exposto a numerosos riscos ocupacionais” e

que, além de “ser o executor direto das ações de saúde, deve merecer a devida atenção quanto à sua saúde ocupacional”, estabelece que: “em locais de trabalho sabidamente violentos e que exponham a risco a integridade física dos médicos no atendimento de pronto-socorro, deverá haver a manutenção de plantão policial ou, na impossibilidade deste, segurança privada”.

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

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

Questões a serem ponderadas:

Como agir diante de uma série de dilemas éticos como:

- 1- Criminosos têm o mesmo direito do que não-criminosos a todos os cuidados disponíveis?
- 2- Após o atendimento, deve prestar queixa à polícia sobre a revelação de vários crimes, realizada por parte dos próprios acompanhantes do socorrido?
- 3- Se não estivesse ameaçado, ele mesmo, de morte, teria a obrigação ética de atender sob situação de extrema pressão como aquela?

Em situações de agressão, deve o médico:

- 1- Revidar às agressões?
- 2- Depois do atendimento, prestar queixa contra o pai do paciente na delegacia?
- 3- Abandonar o acompanhamento da criança, se trabalhar em cidade pequena e for constatado que é o único pediatra disponível no hospital de referência?

Discussão:

Em comum, os quatro casos citados têm situações nas quais os médicos envolvidos, de alguma maneira, sofrem violência, durante o desempenho de seu trabalho. Praticamente todos os dias a imprensa aborda casos envolvendo violência em geral, e a frequência leva à banalização de tais informações. Obviamente, os profissionais que atuam na Medicina – apesar do nobre desempenho da profissão – não ficam isentos de serem incluídos nesse contexto, enfrentando, por vezes, conflitos entre o mister de prestar atendimento e a resolução de problemas, como aqueles pertinentes aos exemplos citados.

No inciso 1º do Código de Ética Médica (princípios fundamentais) está claro que a Medicina deve ser exercida a serviço da saúde, do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer natureza. O Art. 2º do mesmo código preconiza que o alvo de toda a atenção do profissional deve ser a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade.

Tal preocupação é milenar, conforme corrobora uma passagem escrita por Scribonius Largus, (14-54 DC), médico grego. Ele afirma que: “Todos os deuses e homens devem odiar o médico em cujo íntimo falte compaixão e espírito de humanidade”. Essas verdadeiras qualidades de um médico, comprometido pelo sagrado juramento que fez, impedem-no de ministrar droga nociva, ainda que ao inimigo – embora o mesmo inimigo possa ser combatido pelo médico, se a ocasião o exigir em seu papel de soldado e de bom cidadão. Talvez seja essa a primeira manifestação em favor do princípio da não-discriminação ao paciente, que deverá ser atendido de forma desvelada e humana, independentemente de quem se trate.

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

Conclusão:

A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza, e o médico deve agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional segundo as recomendações do CEM. Por outro lado, deve ter boas condições de trabalho e haver remuneração justa, de tal maneira que possa viver de forma equilibrada, com condições de se atualizar constantemente e assim poder sempre indicar o procedimento mais adequado ao paciente.

Pelo Código Penal, Código Civil e pelo Código da Ética Médica, é vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida dos pacientes. Esta é a obrigação maior da profissão médica e, sem discussão, através dos tempos, o respeito pela vida de outra pessoa. Daí o porquê de devermos ser sempre contra a greve na emergência e por extensão à pena de morte e à tortura.

Na situação da emergência existe uma obrigação real do Estado e do médico de prestar e assegurar atendimento, que é totalmente independente da questão ideológica, porque alguém inconsciente não tem a capacidade e a competência de determinar o seu destino e necessita ter assegurado por meio do Estado, principalmente, e através dos profissionais de saúde, o atendimento adequado.

Esta é a questão ética mais importante, e ainda não está resolvida, porque a competência técnica pode e tem sido aprendida nos bancos escolares, todavia o relacionamento humano entre médico e paciente, que também deve ser ensinado nos bancos de formação, ainda tem grandes deficiências.

O COREN-SP juntamente com o CREMESP tem trabalhado para que haja um processo educativo à população através da campanha “QUANDO UM PROFISSIONAL DE SAÚDE É AGREDIDO QUEM PERDE É VOCE”. Com o intuito de diminuir ou controlar a agressão aos médicos e demais profissionais de saúde. O propósito desta campanha é discutir a ética na sociedade antes da ética na saúde, a fim de que os cidadãos se preocupem com a saúde essas questões políticas e administrativas.

A Bancada Jurídica do Sindicato dos Médicos do Espírito Santo (SIMES) orienta que o médico não pode fechar os olhos e se calar por medo de represália do paciente ou até mesmo da própria Instituição, pois agindo dessa forma fomenta os futuros atos de violência. "É importante que o profissional tenha conhecimentos jurídicos básicos e saiba o que fazer quando se deparar com qualquer tipo de violência", explicam.

1 – Registrar o fato na própria instituição por meio de comunicação por escrito ao Diretor e Coordenador.

2 – Anotar os dados do paciente agressor, bem como dados de testemunhas que presenciaram os fatos.

3 – Lavrar Boletim de Ocorrência, informando os dados do paciente agressor e de testemunhas, bem como realizar exame de corpo de delito (se houve agressão física).

4 – Quando o médico for agredido verbalmente também deve ser lavrado o Boletim de Ocorrência, informando os dados do agressor e de testemunhas.

5 – Após registrar o fato na instituição, deve-se o médico agredido encaminhar o paciente a outro colega.

6 – Notificar os fatos ocorridos ao Conselho Regional de Medicina.

Vale ressaltar que a Instituição é responsável pelas condições de segurança de seus funcionários e, portanto, também pode ser responsabilizada judicialmente. O médico pode adotar as medidas judiciais cabíveis tanto no caso de agressão física como no caso de agressão verbal. Também pode adotar medidas judiciais nos casos de injúria, difamação e calúnia realizada verbalmente e por outros meios (*e-mail, facebook, etc.*). As penalidades estão previstas no artigo 139 do Código Penal. Busque a orientação de um advogado para ajuizar as medidas judiciais cabíveis.

Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.20 Caso 20: Alocação de recursos em saúde

Situação 1

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

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

Não há a figura de um possível cuidador que tome para si a tarefa de dar os remédios necessários na hora certa ou acompanhá-la nas consultas ambulatoriais. Com base em diversos “diagnósticos” possíveis (infecção urinária, hipertensão etc.), o profissional tenta manter, durante tempo indeterminado, a internação, porém sofre pressão do hospital para dar alta, pois a demanda de atendimento é grande.

Situação 2

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

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

Situação 3

Dois pacientes com semelhante gravidade necessitam de UTI. Um tem 75 anos, foi atropelado e, se passar por cirurgia para reversão de coágulo cerebral, tem chances de melhorar e ficar sem sequelas. O outro, 18 anos, estudante, sofreu acidente de moto, enquanto praticava manobras radicais em uma movimentada avenida. O primeiro, apesar de aposentado, é “arrimo de família”: trabalhando como “homem cartaz” sustenta esposa, filhas e netos.

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

Situação 4

Ambulância móvel aérea (helicóptero de resgate) é acionada para socorrer duas vítimas de tiroteio. Ao chegar no local, médico que acompanhará os pacientes deverá escolher quem será socorrido primeiro.

Só que se depara com a seguinte situação: ambos correm risco de morte. Um deles, menos grave, é o policial metropolitano que impediu assalto em escola pública de Ensino Fundamental. O outro, mais grave, é o assaltante que o atingiu.

Situação 5

Fila de transplantes. Com base no critério *Meld* (*Model for End-Stage Liver Disease*), o próximo a ser atendido é alcoólatra de 48 anos, professor universitário, médico, com cirrose hepática. Passara, anteriormente, por várias clínicas para tratamento de dependentes químicos. O seguinte é um adolescente de 15 anos, portador de doença

congenita, tratado desde que nasceu e com poucas chances de recuperação sem o transplante.

Equipe de transplantes enfrenta um dilema ético: quem deve ter prioridade?

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

I - Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

Seção II (da Gestão em Saúde):

I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

Base legal:

A preocupação com a necessidade de a saúde ter um caráter universal está contida na Constituição Brasileira, em seu Capítulo II – Dos Direitos Sociais -, Art. 60, que reza: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Os técnicos em saúde aprendem que existem técnicas para resolver tudo – o que não é verdade. De fato, as priorizações de recursos estão vinculadas a interesses econômicos,

sociais, corporativos, industriais e mesmo comerciais. Todavia não se pode esquecer que uma sociedade faz suas escolhas, baseada em seus valores morais.

Se tivermos um olhar de solidariedade e de compaixão, nossas políticas sociais, mesmo com recursos escassos, serão diferentes. Não se pode tomar decisões baseando-se apenas em fatos. Isto seria um erro. Os valores são componentes respeitáveis. Tomar decisões sem considerar os valores é incorreto.

Prólogo sobre alocação de recursos na saúde:

É utópica qualquer ideia de igualdade universal, também inaceitável é qualquer ideia que justifique a exclusão, e as manobras de dominação para manter um grande contingente humano na mais pura invisibilidade. Já se sente na pele, nas relações com os pacientes, familiares e instituições, que a sociedade se torna mais exigente, o que tem acentuado as demandas judiciais contra médicos e instituições públicas e privadas de saúde. Não seria exagero afirmarmos que a arte médica, levando-se em conta o aumento das sindicâncias abertas nos Conselhos de Medicina e as agressões físicas contra médicos está desaparecida.

O profissional passa, muitas vezes, a ser visto como o responsável pela inoperância do sistema de saúde, não sendo incomum ser tratado como o vilão por políticos e administradores cada vez mais distantes da maneira de ser dos indivíduos e da sociedade.

Historicamente, o médico atuou sempre com um olhar focado no ser humano, conforme podemos verificar no próprio Juramento de Hipócrates onde doente, mulher e escravo são os objetos de reflexão. As decisões envolviam uns poucos, doentes e membros da família, com o médico sendo portador de um grande prestígio, quase sempre cabendo a ele as decisões quanto ao tratamento a ser aplicado.

A Medicina assim entendida, a que poucos têm acesso, só começou a esboçar uma preocupação coletiva com o avanço e as crises provocadas na era da industrialização, assumindo de vez esse caráter após a Segunda Guerra Mundial.

Nas últimas décadas, pouco a pouco, a preocupação, fortemente influenciada pelos novos conhecimentos, principalmente na área da prevenção das doenças, deu grande impulso à criação de uma consciência preventiva sobre a curativa, questão que avançou para outros processos mórbidos relacionados, por exemplo, à Medicina do Trabalho e aos hábitos pessoais e alimentares, e que despertou novas necessidades de investimento, além daquelas voltadas à assistência individual, como a construção de hospitais, ambulatórios e postos de saúde, a prática médica hospitalocêntrica.

Discussão:

A questão na atualidade seria esclarecer quais seriam as melhores práticas a serem aplicadas e que contemplem um princípio de justiça, o mais universal possível, que demande menos conflitos éticos, o que, diante da distância criada entre custos da tecnologia aplicada e os recursos existentes, exige uma intervenção rápida.

Os problemas suscitados pelos casos apresentados ensejam uma decisão quanto à partilha dos recursos de saúde, definindo-se o que no conjunto caberia a cada parte, mas não apenas isso, eles também colocam questões relacionadas aos critérios que devem nortear a alocação de recursos em situações individuais, e se seria válido, em situações particulares, o profissional utilizar-se de valores morais nas decisões.

Pensar essas questões e as maneiras de enfrentá-las exige que os cidadãos sejam visíveis e competentes, participe de discussão, interferindo nas decisões, uma tarefa nada simples quando as articulações políticas atuam em um terreno com diferenças significativas, tanto educacionais e econômicas quanto culturais, como no Brasil.

É a política que se ocupa do que se vê, do modo como às relações devem ser vistas, de quem tem competência para ver, das propriedades do espaço dos possíveis, e essa prática será mais tendenciosa e desigual quanto mais sujeitos viverem à margem das decisões. Tais reflexões trazem muitas contradições, sem uma atuação democrática dos cidadãos.

Trata-se de questão ética, mas também política, onde a distribuição de recursos na saúde e de critérios de alocação não serão justos enquanto houver cidadãos a margem de um exercício digno de cidadania.

A preocupação com o coletivo de algum modo conflita com o individualismo clínico acostumado em atuar no sujeito, o que ainda ocorre, mas ela chegou para ficar, e hoje a Medicina Comunitária é a grande responsável pelas melhoras reais nos índices de saúde.

Há um avanço tecnológico, na área de diagnóstico e tratamento, que melhorou em muito a possibilidade de cura e da qualidade de vida do cidadão, mas encareceu assustadoramente os custos de saúde. O desafio está no modo como a sociedade vai administrar tal conflito. O médico é fundamental para que defenda os direitos e as necessidades das pessoas coletivamente falando, nas questões relacionadas à saúde, de preferência em sincronia com a comunidade e suas representações.

Conclusão:

A verdade é que há o juramento de atender a todos sem diferenças, e a sociedade nos cobra isso, não podendo, qualquer decisão médica, basear-se em uniformes ou títulos, mesmo que a prática cultural e a realidade que nos cerca faça com que pensemos, em alguns momentos, a assim agir. Não somos juízes nem promotores, somos seres humanos que optamos por trabalhar ao lado do sofrimento humano.

Mudar rumos, decidir pelos critérios de uma prática justa, dividir com a sociedade responsabilidades, participar ativamente das decisões, cobrar o direito a essa participação, construindo com a sociedade o que ela deseja para a saúde, o modo de utilização dos recursos, e que tratem, na desigualdade, todos com igualdade, também é papel do médico. Não cabe apenas ao médico dizer não, nem decidir pelo destino das pessoas; isto deve ser de responsabilidade de toda a sociedade, do contrato social do qual ele participa.

Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.21 Caso 21: Internação compulsória em psiquiatria

Situação 1

Apesar de apresentar episódios de etilismo desde a adolescência, homem de 45 anos é avaliado por dois psiquiatras como portador de uma doença crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos, porém, sem componentes psiquiátricos. Com o passar do tempo, o vício se agrava, e o doente apresenta crescente agressividade, tanto no ambiente doméstico quanto fora de casa – o que causa várias situações constrangedoras à família, além da perda de seu emprego. Por acreditar que “não há mais solução”, esposa e filhos recorrem a médico conhecido, e todos decidem pela internação à revelia da vontade do paciente, que se considera “perfeitamente capaz” de controlar o hábito da bebida.

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

Situação 2

Aos quinze anos, adolescente até então normal, começa a “ouvir vozes” e a “ter alucinações”. Pela piora progressiva do quadro, é levado pelos pais ao psiquiatra que diagnostica esquizofrenia. Em princípio a família – que é altamente religiosa – acredita que o poder da fé irá curar o rapaz e impede o tratamento. No entanto, os anos se passam e, com 25 anos, a situação se torna incontrolável: “as vozes” ordenam que o doente mate mãe, pai e

irmãos, já que estes participam de um complô, voltado a “eliminá-lo”. Quando, finalmente, é levado a tratamento, relata ao psiquiatra assistente a intenção de matar a própria família, o médico recomenda fortemente a internação compulsória, como forma de autopreservação do paciente e garantia da integridade de seus familiares.

Situação 3

Mulher de 30 anos apresenta variações de humor frequentes: em um dado momento demonstra euforia excessiva – traduzida pelo hábito de comprar em demasia, ultrapassando todo o orçamento planejado. No seguinte, recolhe-se ao seu quarto, em profunda tristeza. Estes padrões de comportamento se tornam tão repetitivos que levam o psicólogo procurado a suspeitar de transtorno bipolar do humor. Este pede à família que procure seu “médico de confiança”, para possível tratamento. O médico procurado foi um primo, clínico recém-formado, cuja “experiência profissional” se resumia à avaliação da aptidão de crianças para participarem da aula de educação física em escolas. Apesar da reconhecida inexperiência na área, temeroso de que o quadro culmine em violência, resolve “agir”, recomendando internação compulsória.

Situação 4

O que no começo parece um comportamento típico de adolescente – falta de respeito com os pais e com funcionários de sua casa – aos poucos se traduz em agressividade, por parte de jovem estudante de 19 anos, proveniente da classe média. A drogadição apareceu aos poucos: primeiro, em forma de ingestão diária de bebidas alcoólicas, junto com colegas da escola. Depois, em uso de maconha, seguido do uso de maconha e cocaína. A aparente “apatia” presente há algum tempo, transforma-se em atitudes violentas: quando contrariado (por exemplo, ao receber um “não” aos seus frequentes pedidos por dinheiro), passa a quebrar móveis e objetos, além de partir para a agressão verbal e física a quem estiver por perto. O comportamento piora a ponto de sair de qualquer controle. Porém, o adolescente se recusa terminantemente a receber ajuda médica. “Fujo de casa”, garante. Ao perceber toda a situação, psiquiatra consultado recomenda internação compulsória. Mãe concorda, mas pai, não: “É só uma fase, meu filho é sadio... vai passar”.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - Qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.

Seção II (da Gestão em Saúde):

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

Base Legal:

Código de Ética Médica:

Art. 24 do Código de Ética Médica veda ao médico a possibilidade de “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

Art. 31 proíbe: desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de vida.

Discussão:

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

Os problemas surgem quando nos deparamos com situações em que a autonomia de algum modo encontra-se comprometida, o que poderia levantar dúvidas quanto à plena capacidade de compreensão e escolha do indivíduo, ou no caso de seu impedimento, dos responsáveis. Entre os extremos, existe uma área fronteira muitas vezes nebulosa e, por que não dizer perigosa, influenciada por fatores de diversas ordens, como a social, a econômica e a cultural, extremamente angustiante para os envolvidos, e que poderá desviar o profissional de uma decisão racional e científica, de proteção e tratamento, em prejuízo do paciente, seja na avaliação inadequada quanto às condições de sua autonomia, seja pela interferência de cunho afetivo ou baseado em hábitos, costumes e crenças, como seria no caso dois, houvesse o médico compartilhado da decisão de caráter religioso da família.

Apesar de os recursos terapêuticos permitirem uma ação mais eficaz nas diversas doenças psiquiátricas, reduzindo a necessidade de internações, a psiquiatria, dentre as especialidades médicas, continua a ser a que mais deve pensar e nortear a prática médica em situações de perda de autonomia. Não devemos deixar de salientar que, em muitas localidades e situações, serão os clínicos, os médicos de família e os geriatras os primeiros profissionais a serem acionados diante de um caso psiquiátrico, devendo, portanto, estar devidamente preparados para acolherem os pacientes que assim se apresentam.

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

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

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

Conclusão:

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

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

Havendo internação involuntária, com o objetivo de proteger as pessoas acometidas de transtorno mental da perda de seu direito de decidir, cabe ao gestor estadual do SUS instaurar uma Comissão Revisora das Internações Involuntárias para acompanhá-las, num prazo de sete dias após a comunicação, devendo emitir laudo no prazo de 24 horas após revisão de internação.

É claro que o único objetivo da internação é a recuperação do paciente e sua reinserção social no meio, dando-lhe condições de continuar seu tratamento em regime ambulatorial através de serviços de referência. Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.22 Caso 22: Indígena

Médico que atua no extremo norte do Brasil é envolvido na seguinte situação: programa local de proteção às tribos encaminha grávida de gemelares à clínica privada onde trabalha (responsável pelos atendimentos de urgência aos índios e a funcionários de empresa), solicitando que oculte da mãe um dos bebês, além da intenção de criá-lo longe da família.

Motivo: de acordo com a cultura local, o infanticídio – por asfixia, afogamento ou traumatismo craniano direto – é “a solução” para exterminar o gêmeo considerado “do mal”, sendo reservado o direito à sobrevivência ao irmão tido como o do “bem”.

A sugestão de esconder a criança traz ao profissional grande dilema ético, reforçado por história pregressa: seis anos antes, internara gêmeos prematuros, sendo que o menor corria risco de morte. Uma semana depois do nascimento, ao saber que estava fora de perigo, mãe tentou eliminá-lo no berçário: a enfermagem encontrou o bebê “parado”, com sangramento generalizado pelo ânus, olhos, boca e equimoses em todo o corpo.

Assustado, o médico solicitou que a mulher fosse afastada da clínica, omitindo o fato de que filho sobrevivera depois de cuidados intensivos. Concordou com os responsáveis brancos pela reserva indígena que o “melhor” seria contratar funcionário para criar o bebê longe da tribo, sem que a família tomasse conhecimento.

O que ninguém esperava: a informação “vazou” e assim que soube da existência de outro filho, a índia matou o que estava em seu poder. “Hoje”, explica o colega, “a criança sobrevivente tem cinco anos e mora com a avó materna. Não apresenta sequelas físicas, mas é rejeitada por tudo e por todos. O que ganha é tomado pelas demais e se alimenta de restos”.

A questão é: o que fazer agora, já que a outra paciente pode entrar em trabalho de parto a qualquer momento? Ocultar o nascimento de duas crianças, mostrando só uma delas, como propõe o programa indigenista? Que critérios usar para a escolha? É justo arriscar a vida do bebê que mora com a mãe, se esta vir a descobrir que o outro sobreviveu? Ou o ideal

seria mostrar os dois bebês, mesmo sabendo que um deles vai morrer na primeira oportunidade?

Cabe lembrar: a sugestão de ocultar o nascimento de uma das crianças partiu de programa indigenista, fruto de parceria entre empresa e a própria Fundação Nacional do Índio (Funai), órgão governamental, que responde ao Ministério da Justiça. Por si só, o ato de atender a um pedido do Programa respaldaria o médico quanto a uma eventual infração ética?

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.

Seção II (da Gestão em Saúde):

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões.

Base Legal:

Se fosse traçado paralelo com a cultura ocidentalizada, a índia que matou seu filho estaria ferindo o Art. 121, por infringir o objeto jurídico de defesa ao direito à vida (reclusão de seis a 20 anos). Em tese, tal artigo forneceria ao médico algum “argumento” para contrariar a cultura de infanticídio defendida pela tribo.

De acordo com o código moral de praticamente todas as religiões (especialmente as judaico-cristãs), matar é errado.

De acordo com o Inciso 6º do Código de Ética Médica (Princípios Fundamentais), “o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade”. Apesar de o raciocínio se direcionar ao bebê mais vulnerável, cabe aqui perguntar: se a índia fosse obrigada a ficar com o gêmeo “do mal”, os brancos não estariam lhe impingindo sofrimento?

Discussão:

Ao nos colocar como o médico envolvido no caso, inicialmente, o dilema ético que nos mobiliza diz respeito à possibilidade de a índia grávida, de gêmeos, cometer o que estamos designando, em nossa cultura “branca”, de crime de infanticídio. Diante de sua “cultura indígena”, a índia considera a eliminação de um dos gêmeos como a “solução” para exterminar o considerado “do mal”, sendo reservado o direito à sobrevivência ao irmão tido como o “do bem”.

O conflito apresentado poderia ser resolvido “informalmente”, já que, em ambos os casos citados, houve a sugestão informal, por parte de membros da Fundação Nacional do Índio (Funai, subordinada ao Ministério da Justiça), de não informar – e que, ao final do parto, uma das crianças fosse isolada, enviando-a para outro lugar. A alternativa também recebeu apoio de representantes de programa de proteção às tribos da região (oferecido por uma empresa local, com a aprovação das instituições governamentais).

Tal posição estaria respaldada no Código Penal Brasileiro, que classifica como “inimputável” os “silvícolas inadaptados” (como são os referidos neste caso): de acordo com o Art. 26, ficam isentos de punição, por serem “incapazes de entender o caráter ilícito de seus atos”. No entanto, “índio aculturado” é imputável.

Baseada em valores provenientes da cultura/crença dessas tribos, essa tradição possibilitava (e, em algumas sociedades, possibilita até hoje) a extirpação do clitóris de jovens em início da puberdade, por meio de práticas mutiladoras e com alto risco de morbidade e mortalidade. Essa extirpação era (ou é) realizada por mulheres que detinham o conhecimento prático.

Não obstante o respeito a valores culturais, o costume tornou-se motivo de grande campanha internacional de condenação e desaprovação quando conhecido por pessoas de outras regiões do mundo. Se elegermos como prioritária a autonomia do médico, (entendendo que essa é um bem que ajuda a definir o exercício pleno da condição de ser humano, sem qualquer tutela), o conflito se resolveria pela ocultação da criança que vai nascer e, posteriormente, isolá-la em outro lugar.

Conclusão:

Vale ressaltar que, se adotasse como caminho a realização do parto e a ocultação da criança, o médico enfrentaria riscos, dúvidas e dilemas éticos. Seguramente, haveria a necessidade de sedação (analgesia) da parturiente, sendo que a realização de parto natural ou cesariana sem a participação ativa da mesma poderia resultar em algum tipo de distócia.

Haveria também dúvida sobre o registro em prontuário médico e, sobretudo, quanto à preservação de sigilo (segredo), pois informações serão compartilhadas por todas as pessoas que participassem do ato de ocultação de uma das crianças. Por fim, o caso apresenta a possibilidade do debate sobre a autonomia como ideia fundamental do seguinte: “na deliberação relativa à ação, não devemos apenas examinar a prudência desta ação, a fim de saber se ela é um meio apropriado para a obtenção de um fim desejado, mas devemos determinar se ela é intrinsecamente justa e moralmente correta”.

Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.23 CASO 23: Relação amorosa entre médico e paciente

Situação 1

Psicanalista conhecido se depara com queixas constantes de suas pacientes sobre o quanto “a falta de amor” de seus maridos ou companheiros é a responsável pelo seu sofrimento. Acreditando que pode “ajudá-las” a superar suas carências afetivas, médico sugere, como estratégia terapêutica, relacionamento amoroso com algumas acompanhadas – situação aceita por algumas delas. Por outro lado, uma das pacientes, incomodada com a situação, resolve denunciar o profissional ao CREMESP. Em resumo, considera que o médico esteja se aproveitando da disparidade de poder na relação médico– paciente.

Situação 2

Aos 62 anos, casado e pai de três filhas, médico é o responsável pelo acompanhamento de uma menina com problemas reumáticos. Depois de anos de atendimento, cria-se um vínculo afetivo: aos 18 anos, a moça se diz “apaixonada” pelo profissional, passando a procurá-lo pelo telefone e a esperá-lo na porta de seu consultório. Ao considerar que está “retribuindo o sentimento” expressado pela paciente, médico decide transferir a uma colega a responsabilidade pelo atendimento. “Se ela deixar de ser minha paciente, acaba-se o vínculo profissional”, defende-se.

Situação 3

Pediatra acompanha menino desde o nascimento da criança. Porém, depois de seis anos do início do atendimento, se descobre “apaixonado” pela mãe do paciente. Questionado por colegas (que tentam dissuadi-lo da ideia de romance), argumenta que “sua responsabilidade profissional é com o paciente, não com a mãe dele”.

Situação 4

Sem tempo para sair e para flertar, médica jovem e recém-separada resolve escolher entre seus pacientes um futuro candidato a namorado. Sobre o assunto, crê que não existam problemas: “estou tentando conhecer alguém em meu ambiente de trabalho, como é frequente entre pessoas de outras profissões”.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

V - Preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico.

Base Legal:

De acordo com o Código de Ética Médica, Art. 24, o médico é proibido “de exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

Art. 40 veda “aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico–paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza”.

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

Discussão:

A discussão da relação afetiva entre médico e paciente é bastante complexa, pois há inúmeros aspectos a serem considerados. A prática da Medicina Clínica vem se tornando cada vez mais impessoal no que diz respeito à relação médico-paciente. Este fenômeno ocorre, certamente, em consequência do perfil institucional do atendimento e, também, pela superespecialização dos médicos nas diferentes áreas.

Assim, o atendimento médico fica fragmentado em diversas especialidades e, portanto, o paciente raramente tem o “seu médico”, existindo cada vez menos um profissional de referência. Desta forma, paciente e médico se tornam despersonalizados, um perante o outro, o que dificulta a construção de uma relação médico-paciente bem fundamentada. Apenas em situações de consultório é que esta relação médico-paciente ainda permanece forte, podendo se encontrar aqui um desvio.

Sabe-se que a execução de um ato profissional presume a existência de um contrato entre o cliente e o prestador do serviço, podendo ser explícito ou implícito. Deve-se repetir, sempre, que, por definição os atos profissionais devem ser exercidos prioritariamente em benefício do cliente. A desobediência do princípio de beneficência motiva grande parte das infrações profissionais em todas as profissões e, mais ainda, os transtornos das relações profissionais-clientes. Entretanto, nesse contexto, há a necessidade de se assumir a própria Autonomia, aceitando e respeitando a Autonomia do outro.

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

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

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

Relacionamentos sexuais ou românticos entre médico e ex-paciente podem ser indevidamente influenciados pelo relacionamento médico e ex-paciente prévio. Relacionamentos sexuais ou românticos com ex-pacientes são antiéticos se o médico usa ou explora a confiança, o conhecimento, as emoções, ou as influências derivadas do relacionamento profissional anterior, baseando-se na assimetria existente.

Conclusão:

Considera-se não existir uma proposta definida de conduta, uma vez que a relação humana é complexa o suficiente para exigir avaliações isoladas, dando valor a cada fator dentro do seu contexto. Contato sexual ou interações românticas que ocorrem simultaneamente com o relacionamento médico-paciente constituem, indiscutivelmente, uma má conduta, absolutamente reprovável. Interações amorosas/ sexuais permeando a relação médico-paciente denigrem as metas desse relacionamento, podendo explorar a vulnerabilidade do paciente e obscurecer o julgamento objetivo do médico no que diz respeito aos cuidados de saúde do paciente, e, conseqüentemente, poderão ser prejudiciais para o bem-estar do mesmo.

Se uma paciente se enamorou de seu médico, parece que são possíveis apenas dois desfechos. Um, raro, é que todas as circunstâncias permitam uma união legal e permanente entre eles; o outro, mais frequente, é que médico e paciente se separem, e a paciente seja encaminhada para outro profissional.

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

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

Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

4.24 Caso 24: Não alimentar, nem hidratar

Aos vinte e seis anos de idade mulher sofre parada cardíaca em consequência de desordem alimentar grave, queda dos níveis de potássio, causada possivelmente por bulimia, culminando em danos cerebrais irreversíveis e, segundo vários especialistas consultados, estado vegetativo persistente, que se mantém há quinze anos.

Apesar de respirar sem a ajuda de aparelhos, passa a depender de sondas alimentares e de hidratação inseridas no estômago (gastrostomia). Anos depois da parada cardíaca, seu marido – e guardião legal – apela à Justiça, pedindo que o equipamento seja desconectado, garantindo que, quando saudável, a esposa havia confidenciado o desejo de morrer, caso ficasse em situação semelhante.

Os pais dela, no entanto, contestam a versão, baseados no fato de que a filha não havia deixado nada por escrito a respeito do que desejaria. Acreditam em recuperação parcial: a paciente parece sorrir e querer comunicar-se – o que, segundo especialistas, não passam de movimentos involuntários.

Inicia-se, então, batalha judicial de mais de uma década, com direito à participação do governador de Estado – que tentou criar uma lei voltada à manutenção da vida de pessoas incapacitadas de responderem por si mesmas; do presidente da República e até do Papa, para quem hidratação e alimentação, ainda que artificiais, são direitos inalienáveis do ser humano.

Depois de grande comoção popular, a situação teve como desfecho a vitória do marido nos tribunais, quando foi retirada a gastrostomia, atitude que resultou em morte por inanição e desidratação.

Eixos das DCN

Seção I (da Atenção à Saúde):

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - Qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.

Seção II (da Gestão em Saúde):

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

Base Legal:

A Constituição da República assegura no Art. 5º, inciso III, que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”.

O Código Penal (Art. 122) não se refere à eutanásia e nem à conduta do suicida, mas pune aquele que, de uma forma ou de outra, leva terceira pessoa a suprimir a própria vida.

Há vários artigos do Código de Ética Médica que poderiam ser aplicados ao caso, dependendo da interpretação. Entre eles:

Art. 6º: O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade.

Art. 25: É vedado ao médico fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis em relação à pessoa;

Art. 26 – É vedado ao médico alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis consequências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-lo ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Discussão:

Nos Estados Unidos (EUA), onde o fato ocorreu, toda a discussão centrou-se na divergência entre os pais e o marido da paciente quanto a ela ter ou não manifestado com clareza – antes de entrar em coma – que não desejaria que nessas condições sua vida fosse prolongada com recursos artificiais. Se, por exemplo, houvesse outras testemunhas ou uma manifestação por escrito da paciente nesse sentido, a gastrostomia poderia ser retirada, sem maiores questionamentos legal.

De fato, naquele país a Suprema Corte decidiu, em um caso concreto de paciente em estado vegetativo persistente EVP, definido como “uma condição clínica de completa ausência de percepção de si e do ambiente, acompanhada de ciclos de sono e vigília, com preservação parcial de funções autonômicas do hipotálamo e tronco cerebral” que a alimentação e a hidratação artificiais não são diferentes de outros tratamentos médicos. Soma-se a essa a conclusão a de que pacientes em EVP não têm capacidade cerebral cortical de consciência da dor.

A mesma Corte já havia decidido, na terceira década do século XX, que uma pessoa competente para decidir pode recusar-se a receber tratamento médico, independentemente” de estar ou não em fase terminal de uma doença.

Já o Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana opinou que “mesmo quando a morte não” é iminente, mas o coma é sem dúvida irreversível e há salvaguardas suficientes para confirmar a acurácia do diagnóstico, e com a concordância dos responsáveis pelos cuidados ao paciente, não é antiético interromper todos os tratamentos de prolongamento da vida. “Tratamentos de prolongamento da vida incluem medicamentos, respiração, ventilação ou hidratação artificiais”.

Tivesse o caso ocorrido no Brasil, à discussão seria muito diferente. Duas vertentes podem ser examinadas separadamente: seria ética e legalmente justificável a retirada da

gastrostomia? Em caso positivo, em que tipos de pacientes? Apenas naqueles com doenças consideradas terminais ou também em outros, como em EVP?

Uma Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sinaliza o alcance da discussão ética em relação às duas questões suscitadas, mas, como veremos não a esgota. De fato, a Resolução CFM 1805/06, afirma, em seu Art. 1º, que “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de doente em fase terminal de doença grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

Fica claro que o balizamento ético do CFM restringe a limitação ou suspensão de procedimentos ou tratamentos a determinado e específico tipo de situação, na qual a paciente em discussão não se enquadraria, já que não havia qualquer possibilidade de prever por quanto tempo ela poderia sobreviver se a alimentação e a hidratação artificiais continuassem.

Por outro lado, ainda que se tratasse de paciente enquadrada clinicamente nos limites da Resolução, caberia a discussão – incipiente entre nós – se a alimentação e a hidratação artificiais são consideradas tratamentos médicos. Os avanços da tecnologia têm sido tão rápidos nas últimas décadas que os parece temerário fazer alguma distinção entre a alimentação e a hidratação artificiais e outros tipos de tratamentos médicos; é preciso ter-se em mente, por exemplo, que alimentação por sonda ou por gastrostomia pode determinar eventos adversos, como pneumonia aspirativa e diarreia.

Assim, como o objetivo final de qualquer conduta terapêutica é beneficiar o paciente, cabe sempre considerar, em cada caso, se a alimentação e a hidratação artificiais serão efetivamente benéficas. Muitas vezes, especialmente em pacientes terminais, limitar nutrição e hidratação é uma questão mais médica que moral. Por exemplo, pode ser necessário manter a hidratação destes pacientes para possibilitar a administração de drogas.

Também sob o aspecto jurídico o caso seria muito mais controvertido no Brasil. Quanto a pacientes terminais, vários juristas sustentam a licitude da interrupção de medidas de prolongamento de vida. Afirmam, por exemplo, que “quando o médico interrompe cuidados terapêuticos por serem já inúteis, falta-lhe o dever jurídico para agir, não se motivando aí qualquer punição” ou “a omissão do médico não caracteriza ato delituoso face à ausência de dever jurídico, se a saúde era objetivo inalcançável” ou ainda: “não há dever jurídico de prolongar uma vida irreversível”. Entretanto, não há ainda jurisprudência (ou

legislação) firmada no Brasil e alguns juristas ainda defendem a tese de que o desligamento de aparelhos em caso de paciente terminal configura exemplo de homicídio por omissão.

Cabe salientar, também, que não há no Brasil, ao contrário dos EUA, a caracterização de a alimentação e a hidratação artificial como procedimentos médicos. No Estado de São Paulo, uma Lei de 1999 pode ser invocada na presente discussão. Essa Lei, que trata de direitos dos pacientes, afirma, em seu Art. 23 que é direito do paciente “recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários de prolongamento da vida”. Percebe-se que não há definição quanto ao significado de tratamentos “dolorosos ou extraordinários”. A alimentação e a hidratação artificiais poderiam incluir-se na categoria de “extraordinários”? Em nossa opinião, sim.

A complexidade do caso é ilustrada, também, por uma controvérsia religiosa. A Igreja Católica, intransigente defensora da sacralidade da vida, há décadas – e reiteradamente – vem enfatizando que “é lícito, em consciência, tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes” (Papa Pio XII) e – mais recentemente – que “a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionais de prolongamento de vida não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime antes a aceitação da condição humana diante da morte” (Papa João Paulo II).

Entretanto, aparentemente motivado pelo caso que estamos discutindo, o próprio João Paulo II afirmou que pacientes em coma permanente são “sempre humanos” e que nutrição e hidratação médicas (artificiais) representam “cuidados básicos” e “não um ato médico”, sendo, por isso, a sua manutenção uma “obrigação moral”.

Caso retirado do livro “Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados”.

Pode-se afirmar que este tipo de ensino é uma metodologia ativa a partir do momento em que coloca o aluno na frente de uma situação problema para a qual ele procurará uma solução ou uma conduta que atenda os princípios éticos. Essa aprendizagem utilizará como recurso complementar um ambiente virtual de aprendizagem no qual as temáticas serão desenvolvidas por meio de um blog e um *site*, cuja estrutura permite a atualização rápida a partir de acréscimos de conteúdos de apoio, na forma de artigos, protocolos, boletins e fóruns voltados ao tema, ou *posts*.

Esta é uma proposta dinâmica, uma primeira proposição do que pode ser feito. Certamente que o próprio desenvolvimento do curso, o *feedback* dos alunos e a visão dos

outros professores contribuirão para que esta tecnologia seja sempre atualizada, ampliada e enriquecida.

De modo que, ao final, apresenta-se a proposta e desenho (matriz) curricular, conforme anexos I e II.

5 CONCLUSÃO

Diante do caminho trilhado até aqui, verifica-se que a Ética médica, embora seja o pilar da Educação em saúde, recebe pouca atenção por parte das escolas de Medicina no Brasil. Neste sentido, pensar no ensino de ética médica requer o dimensionamento e organização deste de maneira transversal ao curso, ou seja, sendo o principal eixo central a permear as diversas matérias e conteúdos a serem lecionados na graduação.

Na revisão da literatura do presente estudo, constatou-se um panorama ainda comum no Brasil: a priorização do tecnicismo nas faculdades, minimizando ou não concedendo a devida importância ao ensino efetivo da ética médica, a despeito do ensino da ética médica ser recomendado em todos os períodos do curso desde a década de 80.

Identificou-se também nos estudos analisados, a falta de conhecimento dos alunos de conceitos básicos da ética como terminalidade da vida (eutanásia, distanásia e ortotanásia), relação médico – paciente, documentação médica (atestado médico, declaração de óbito), erro médico, condições de trabalho, além do conhecimento sobre a postura adequada diante da propaganda de medicamentos já presente em ambiente acadêmico, tornando os alunos susceptíveis ao marketing farmacêutico, dentre outras fragilidades no ensino da ética médica.

A partir dessa lacuna entre formação ética e a prática profissional há uma repercussão no profissional médico, como uma desumanização dos estudantes da saúde e atitudes inadequadas diante de dilemas e desafios próprios da medicina atual com consequente comprometimento da relação médico-paciente.

Neste sentido, o ensino da ética necessita de um modelo que habilite os futuros médicos a terem capacidade de perceberem situações de cunho ético bem como terem habilidades de conduzi-los. É necessário médico tecnicamente competente, mas também capaz de ter empatia pelo sofrimento humano e hábil para defender os direitos de seus pacientes, tornando-se guardião de sua saúde no mais amplo aspecto.

Desta forma, surge a visão em variadas regiões do país de que é imprescindível o ensino da ética médica em todas as fases da formação profissional. Educação esta que se mostra diferenciada à medida que se utiliza de vivências com situações cotidianas da vida médica profissional, incrementando, assim, as percepções éticas dos estudantes deste o início do curso.

Vale ressaltar que o ensino da ética e da bioética está legitimado pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o que foi pilar para este presente estudo, visto que os casos clínicos usados na proposição foram selecionados e elaborados focando nestas DCN. Nesse âmbito, foram encontrados diversos trabalhos que apontavam a necessidade do uso das metodologias ativas no ensino da ética. Porém, vale destacar que a mudança pedagógica isolada como solução para uma formação médica ético-humanista é insuficiente.

Em relação a transformação da educação médica no Brasil, esta pesquisa identificou a importância das Tecnologias de informação e comunicação no ensino, visto que têm grande potencial para desenvolver processos educativos integradores. Vídeos e *blogs* também oferecem uma nova abordagem pedagógica para reforçar competências e habilidades bem como autoconfiança em estudantes de medicina.

Pesquisas demonstraram que os principais fatores para uma educação ética e humanista são o tempo dedicado durante a formação, a transdisciplinaridade, a formação e atitudes éticas dos docentes e a utilização de metodologias ativas. Também apontaram os estudos que o melhor meio de ensinar ética aos estudantes seria permeando o ensino com vivências diárias, mostrando exemplos de boa conduta, boa técnica, atuação com atitudes de amor, compaixão, bondade e cortesia.

Quanto à elaboração da proposta curricular de ensino da ética que contemple essa temática transversalmente ao curso e que desenvolva nos discentes a percepção diante de problemas éticos e as habilidades para conduzi-los, no presente estudo foram selecionados/elaborados 24 casos clínicos os quais abordam as áreas centrais da DCN de 2014 que são: Atenção, Gestão e Educação em saúde. Este ensino condiz com uma metodologia ativa em que o aluno frente a uma situação problema, será conduzido ao entendimento de uma conduta que atenda os princípios éticos.

Os casos clínicos foram pensados em consonância com a realidade médica brasileira, trazendo aspectos éticos de situações cotidianas para os alunos, proporcionando exploração de situações problemas (conflitos éticos), no intuito de estar alinhado com o padrão ouro para o ensino ético - humanista.

Questões como confidencialidade, equidade, atendimento ao adolescente, violência infantil, autonomia do idoso, testemunha de Jeová, atestado médico, maus tratos, atenção básica, sigilo ao adolescente, publicidade, acobertamento, terminalidade da vida, internação compulsória, dentre outras, foram abordadas e detalhadas da seguinte forma: 1) Quais eixos

das DCN elas envolvem; 2) Quais aspectos legais elas estão abrangendo; 3) Prólogo sobre o tema quando necessário; 4) Discussão teórica; 5) Conclusão.

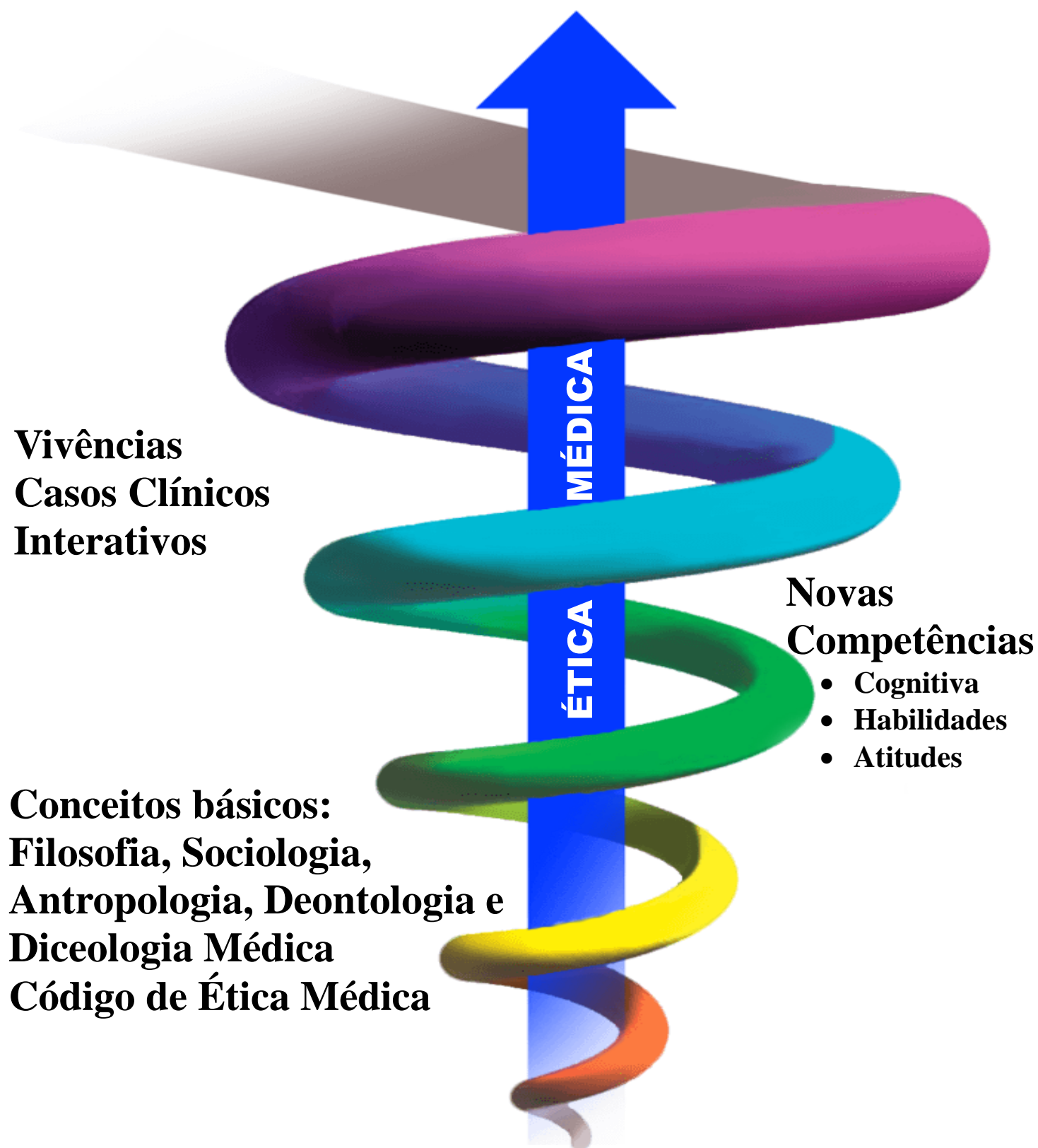
Tendo em vista a vastidão teórico-prática que cada caso permite ser discutida, dividiram-se os 24 casos clínicos para os 12 semestres do curso de medicina, ou seja, serão discutidos dois casos por semestre.

A proposta do referido estudo é a seguinte:

- 1) No primeiro semestre serão abordados os casos clínicos 1 e 5, referentes às temáticas de Confidencialidade X Sigilo Médico e Equidade.
- 2) No segundo semestre serão abordados os casos clínicos 2 e 7, referentes a Determinação Social e Atendimento ao Adolescente.
- 3) No terceiro semestre serão abordados os casos clínicos 9 e 13, referentes a Autonomia do Idoso e Delegando Funções a Outros.
- 4) No quarto semestre serão abordados os casos clínicos 18 e 10, referentes a Comunicação de Más Notícias e Anencefalia.
- 5) No quinto semestre serão abordados os casos clínicos 23 e 8, referentes a Considerações sobre Relações Amorosas entre Médico e Paciente e Testemunha de Jeová.
- 6) No sexto semestre serão abordados os casos clínicos 24 e 14, referentes a Não Alimentar, nem Hidratar e Publicidade.
- 7) No sétimo semestre serão abordados os casos clínicos 21 e 3, referentes a Internação Compulsória em Psiquiatria e Laqueadura Tubária.
- 8) No oitavo semestre serão abordados os casos clínicos 11 e 22, referentes Cirurgia de Prótese Total de Quadril – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) e Paciente Indígena.
- 9) No nono semestre serão abordados os casos clínicos 6 e 15, referentes a Terminalidade da Vida e Atestado de Óbito.
- 10) No décimo semestre serão abordados os casos clínicos 20 e 16, referentes a Considerações sobre Alocação de Recursos em Saúde e Atestado Médico.
- 11) No décimo primeiro semestre serão abordados os casos clínicos 4 e 12, referentes a Residência Médica e Erro Médico: como agir diante do paciente e sua família.
- 12) No décimo segundo semestre serão abordados os casos clínicos 19 e 17, referentes a Considerações sobre Agressão Médica e Acobertamento.

Sendo assim, percebe-se que esta pesquisa trouxe diversos conhecimentos e um produto bem elaborado referente ao ensino de ética das faculdades de medicina, mas que não tem a finalidade e pretensão de encerrar a discussão e o debate sobre esta temática, mas trazer novas reflexões e quem sabe, motivação para novas pesquisas. Afinal, muito embora o ensino moral comece no seio família, e fazendo com que o aluno adentre no curso com uma bagagem ética própria, isso é e deverá cada vez mais ser complementado e estimulado pela educação acadêmica.

Para finalizar é apresentado o modelo da espiral do conhecimento médico, com o papel da ética na formação médica como eixo central.

MAESTRIA

**Vivências
Casos Clínicos
Interativos**

**Conceitos básicos:
Filosofia, Sociologia,
Antropologia, Deontologia e
Diceologia Médica
Código de Ética Médica**

**Novas
Competências**

- Cognitiva
- Habilidades
- Atitudes

MODELO DA ESPIRAL DO CONHECIMENTO MÉDICO

FONTE: Elaboração própria.
Adaptado de Jerome Bruner
Teoria da Instrução, 2006

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 4º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ALBRECHT, U. V. et al. Effects of mobile augmented reality learning compared to textbook learning on medical students: randomized controlled pilot study. **Jor. Med Inter. Res.**, v.15, n.8, p,182, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubme/23963306>>. Acesso em 26 jun. 2015.
- ALMEIDA, M.E.B. Educação, ambientes virtuais e interatividade. In: SILVA, Marco. **Educação online: teorias, práticas, legislação, formação corporativa**. Loyola. p. 211-215. São Paulo, 2003.
- AMORIM, K, P., ARAÚJO, E. M. Formação ética e humana no curso de medicina da UFRN: uma análise crítica. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v.37, n.1, p.138-148, 2013. Disponível em< [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em 06 ago. 2015.
- ANDERSON, T., ROURKE, L., GARRISON, D. R. & ARCHER, W. Assessing teaching presence in a computer conference environment. **Journal of Asynchronous Learning Networks**. v. 5, n. 2, 2001. Disponível em:<[http:// www. Athabasca.ca](http://www.Athabasca.ca)>. Acesso em: 09 jul. 2016.
- ATALLAH, A, N. Uma nova maneira de ensinar e praticar a medicina. **Rev. Diagnóstico e Tratamento**. v.1, n.2.1996. Disponível em:< [www. centrocochranedobrasil.org. br](http://www.centrocochranedobrasil.org.br)>. Acesso em 30 mar. 2016.
- BATISTA, A. A. V. **Formação de recursos humanos em saúde: o ensino da ética e a prática profissional**. (Dissertação) Universidade Federal de Sergipe. Virtual Books, 2011. Disponível em:< <http://www.ufs.br>>. Acesso em 22 jun. 2015.
- BHARDWAJ, A.; NAGANDLA, K.; SWE, K. M. M. Academic Staff Perspectives Towards Adoption of E-learning at Melaka Manipal Medical College: Has E-learning Redefined our Teaching Model? **Kathmandu University Medical Journal**, v. 13, n. 1, p. 12-18. Malasyia, 2015.
- BICKEL, J.; Medical students´ professional ethics: defining the problems and development resources. **Academic Medicine**. Washington, v. 66, n.12, dez.1991.
- BITTAR, Y., SOUZA, M. S. A., GALLIAN, D. M. C. A experiência estética da literatura com meio de humanização em saúde: o laboratório de humanidades da Escola Paulista de Medicina. **Rev. Interf Comun Saúde Educ.**, v.17, n.44, p.171-181. São Paulo, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.org>>. Acesso em 03 ago. 2015.
- BLAINEY, G. **Uma breve história do mundo**. São Paulo: Fundamento Educacional, 2010.

BOEMER, M. R., MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003.

BOLLELA, V, R.; CESARETTI, M, L, R. Sala de aula invertida na educação para as profissões de saúde: Conceitos essenciais para a prática. **Rev. Eletr. Farm.**, v.14, n.1, p. 39-48, 2017.

BOLLELA, V, R.; MACHADO, J, L, M. O Currículo por competências e sua relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina. **Science in Health**, v.1, n. 2, p. 126-42. 2010.

BONAMIGO, E. L., DESTEFANI, A. S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Rev. Bioética**, v.18, n.3, p. 725 – 42. 2011. Disponível em: <http://www.revista.bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article>. Acesso em 05 ago. 2015.

BRASIL, M. E. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Diário Oficial da União, Brasília. p. 8-11. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/med.pd>>. Acesso em 22 jun. 2015.

CAMARGO, A., ALMEIDA, M. A. S., MORITA, I. Ética e bioética: o que os alunos do sexto ano médico têm a dizer. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v.38, n.2, p.182-189. 2014. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

CARNEIRO, L. A. et al. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v.34, n.3. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em 06 ago.2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2009.

CHOULES, A P. The use of elearning in medical education: a review of the current situation. **Postgraduate Medical Journal**, v. 83, n. 978, p. 212-216. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403945>>. Acesso em 25 jun. 2015.

COHEN, B.M. **Illness to Wellness: Reclaiming your Life after a medical Crisis**. Library of Congress. Newton, MA. 2015.

CRUZ, Jorge. O ensino de uma ética das virtudes nas escolas médicas. **Rev Bioet Latinoam.**, v. 12, n. 1, p. 108-117. 2013. Disponível em < <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/37493/1/articulo.5.pdf>>. Acesso em 22 jun.2015.

D'AVILA, R. L. É possível ensinar ética médica em um curso formal curricular? **Rev. Bioética**, v. 10, n. 1, p. 115-126. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 25 jun. 2015.

D'AVILA, R. L. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinando habilidades em medicina. **Rev. Bioética**, v. 18, n.2, p.311. 2010. Disponível em: [Revista bioética.cfm.org.br](http://RevistaBioetica.cfm.org.br). Acesso em 17mai. 2015.

D'AVILA, R.L. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**,v.10, n. 2, p. 399-408. 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 17 mai. 2015 .

DELL'ACQUA, M. C. Q. et al. Planning nursing teaching: educational purposes and clinical competence. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 264-271. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a02v43n2.pdf> Acesso em 25 de jun. 2015.

DIAS, J. M. G. D.; OLIVEIRA, A. P. S. Mortalidade Materna. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n.2, p. 173-179. Minas Gerais, 2015.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc. Anna Nery**,v. 14, n. 1, p. 177-181, Rio de Janeiro, 2010.

ENTRALGO, P. L. La Relación Medico-enfermo. Madrid: Alianza Editorial, 1983. Environment. **Rev. Bras. de Educ. Médica**, v.24, n. 3. Rio de Janeiro, 2003.

FERREIRA, R. C. et al. Relações éticas na atenção básica em saúde: a vivência dos estudantes de medicina. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.scielo.org>. Acesso em 17 mai. 2015.

FRANÇA, V. G. Bioética Clínica – Erro Médico. In: COSTA, I, F, S.;GARRAFA, V.; OSELKA, G. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998.p. 243-256.

FINLEY, M. , LANDLESS, P. **Viva com esperança**: segredos para ter saúde e qualidade de vida. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 2014.

GERHARDT, T. E. , SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, v. 1, n.1, p. 120. 1973.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, M. F. et al. Avaliação do conhecimento da ética médica dos graduandos de medicina. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v 38, n.1, p.31-37. 2014. Disponível em <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 22 jun.2015.

GOMES, A. P. et al. Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v 30, n. 3, p. 390-396, 2010.

GOMES, A. P., REGO, S. É possível formar um novo médico a partir de mudanças no método ensino- aprendizagem? **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v. 35, n. 4, p. 557-566. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 jun. 2015.

GOUDARIS, E. S. ,GIANNELLA, T. R., STRUCHINER, M. Tecnologias de informação e comunicação e ensino semipresencial na educação médica. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v. 37, n.3. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <[http:// www. scielo.com](http://www.scielo.com)>. Acesso em 06 jun. 2015.

GRISARD, N. Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica. **Rev. Bioética**, v.10, n.1, p. 97-114. 2002.

GROOPMAN, G. **Como os médicos pensam**. Rio de Janeiro: Agir, 2007.

HANSEN, M. et al. **Enhancement of medical interns' levels of clinical skills competence and self- confidence levels via video iPods; pilot randomized controlled trial**, v. 3, n. 1, p. 29. 2011. Disponível em :<[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21447471](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21447471)>. Acesso em 26 jun. 2015.

KUMAGAI, A. K. **From competencies to Human Interests**: ways of knowing and understanding in medical education. *Academic Medicine*, v. 89, n. 7, p. 978-983. 2014. Disponível em: <[http:// www.ncbi.nlm.gov](http://www.ncbi.nlm.gov)>. Acesso em 18 jun. 2015.

LIND, G. Moral Regression in Medical Students and Their Learning Environment. **Rev. Bras. de Educ. Med.** Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.24-33, out/dez 2000.

LISBOA, L. , LINS, L. Código de ética do estudante de medicina: uma análise qualitativa. **Rev. Bioética**, v. 22, n. 1, p. 182-190. Abr 2014. Disponível em:<www.revistabioetica.cfm.org>. Acesso em 18 mai. 2015.

LOWN B. **A arte perdida de curar**. São Paulo: JSN, 1997. Paulo: Loyola, p. 201-215.

MARIUTTI, M. G, FUREGATO, A. R. F. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 2, p. 183-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/03.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2016.

MEZZARI, A. O uso de aprendizagem baseada em problemas como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem Moodle learning environment. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v.35, n.1. Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.com>>. Acesso em 26 jun.2015.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 16ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MONTE, Fernando Q. Ética médica: evolução histórica e conceitos. **Rev. Bioética**, v.17, n. 3, p. 407 – 428. 2009.

MORAES, I. **Erro médio e a justiça**. 5. ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. 571 p.

MORITZ, Raquel Duarte. Caso clínico abordando aspectos sobre a terminalidade. **Rev. Bioética**, v. 13, n. 2, p. 109-120. 2005.

OLIVEIRA, A. M. de. Bioética e as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 10, n. 2. Recife, 2010.

OSELKA, G. **Bioética Clínica – Reflexões e Discussões sobre Casos Selecionados**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 266 p. São Paulo. 2008.

PAIVA, L. M.; GUILHEM, D.; SOUSA, A. L. O Ensino da bioética na graduação do profissional de saúde. **Rev Fmrp Usp.**, v. 47, n. 4, p. 357-369. São Paulo, 2014.

PERES, G.; JOB, J. R. P. Médicos e indústrias farmacêuticas: percepções éticas de estudantes de medicina. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v.34, n. 4, p. 515-524. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 jun. 2015.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanizar os cuidados de saúde. **Rev. de Humanidades Médicas**, v.1, n. 2, p. 45-51. 2013.

PETTA, H. L. et al. **Preceptorial no SUS: caderno do curso 2015**. Instituto Sírio – Libanês de Ensino e Pesquisa. 1ed. São Paulo, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PIMENTEL, D., OLIVEIRA, C. B., VIEIRA, M. J. Teaching of Medical Ethics: student's perception in different periods of the course. **Rev. Med. Chil.**, v. 139, n.1, p.36- 44. 2011. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em 18 jun. 2015.

PINHEIRO, Anielli et al. Conhecimento de estudantes de medicina sobre tomada de decisão no fim da vida. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v.35, n.2, p.171-176. 2011. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000200005>>. Acesso em 15 jun.2015.

PRATA, H. M. Humanidade e singularidade na relação médico-paciente. Medicina CFM. **Rev. de Humanidades Médicas**, n.4, p.42-47, ano 2014.

REGO, S. A Formação ética dos médicos. **Cad. Saúde Pública**. V. 20, n.2, p.632-639. Rio de Janeiro, 2003.

SAVARIS, P. K. et al. Julgamento simulado como estratégia de ensino da ética médica. **Rev. Bioética**, v. 21, n.1, p. 150-157. 2013. Disponível em:< [http:// www. Scholar. Google .com .br](http://www.Scholar.Google.com.br)>. Acesso em 04 ago. 2015.

SELL, S. E. Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. 3, p.502-08, 2015.

SERODIO, A. M. B., ALMEIDA, J. A. M. Situações de conflito ético relevantes para a discussão com estudantes de medicina: uma visão docente. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v.33, n.1. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.php?script=sci_artex&pid=S0100. Acesso em 16 jun.2015.

SILVA, J., LEÃO, H.M. C., PEREIRA, A. C. A. C.; Ensino de Bioética na graduação de medicina. **Rev. Bioética**, v. 21, n.2, p. 338-343. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 26 jun. 2015.

SILVA, M. G. **O ensino da bioética e da ética médica no Brasil**. Conselho Federal de Medicina do Ceará. **Rev. Digital**, v. 19, n. 196, 2012.

SIQUEIRA, J. E. Bioética, tecnociência e impacto nos serviços de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli EMLP, organizadores. **Bioética e saúde pública**, p. 133- São Paulo: Loyola; 2003.

SIQUEIRA, J. E. O ensino da ética no curso de medicina. **O Mundo da Saúde** v. 10, n. 1, p. 85-95. 2009. Disponível em:< http://www.saocamilo-sp.r/pdf/mundo_saude/66/8a20.pdf>. Acesso em 29 out. 2014.

SIQUEIRA, J. E. A arte perdida de cuidar. **Rev. Bioética**, v.10, n.2, p. 89-106. 2002.

SOKOL, D. K. Can deceiving patients be morally acceptable? **Rev. BMJ**, v. 334, p. 984-986. 2007. Disponível em:< www.ncbi.nlm.gov>. Acesso em 27 jun. 2015.

SOKOL, D. K. **Doing Clinical Ethics, a Hands-on Guide for Clinicians and Others**, p. 37-39. London: Springer, 2010.

TRINDADE, E. de S. **Os desafios atuais podem assinalar o começo de novos tempos.** Livro comemorativo dos 50 anos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Editorial]. 2011. Disponível em: <<http://www.febrasco.org.br>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

TRONCON, L. E., CIANFLONE, A.R., MARTIN, C. C. **Conteúdos humanísticos na formação geral do médico.** São Paulo: Educação Médica 1998. p. 99-114.

ANEXO I – PROPOSTA CURRICULAR

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
1º Semestre	DTP	Introdução a Ciência Médica	40	0
1º Semestre	DTP	Organização Estrutural dos Tecidos	120	120
1º Semestre	DTP	Mecanismo de Ataque e Defesa	60	20
1º Semestre	DTP	Metabolismo e Nutrição	40	40
1º Semestre	DTP	Habilidades Clínicas 1	40	40
1º Semestre	DTP	Iniciação Científica 1	30	10
1º Semestre	DI	Liderança e Gestão de Pessoas	30	10
1º Semestre	DET	Viver Saudável	24	16
1º Semestre	DS	Medicina, Saúde e Sociedade 1	20	20
1º Semestre	CH	Carga Horária	404	276
1º Semestre	CH	Carga Horária Total 680 - Teoria 59% - Prática 41%		

QUADRO 4- Proposta curricular para o 1º semestre

Proposição	CASO 1: Confidencialidade e Sigilo Médico e CASO 5: Equidade na fila de espera	
	CASO 1	CASO 5
	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixo VII da DCN	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixo I e X da DCN

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
2º Semestre	DTP	Sistema Tegumentar	40	40
2º Semestre	DTP	Sistema Hematopoiético	40	40
2º Semestre	DTP	Sistema Neurosensorial 1	120	120
2º Semestre	DTP	Aparelho Locomotor	40	40
2º Semestre	DTP	Habilidades Clínicas 2	40	40
2º Semestre	DTP	Iniciação Científica 2	30	10
2º Semestre	DI	Medicina e Cidadania	30	10
2º Semestre	DET	Cosmovisão Bíblica	40	0
2º Semestre	DS	Medicina, Saúde e Sociedade 2	20	20
2º Semestre	CH	Carga Horária	400	320
2º Semestre	CH	Carga Horária Total 720 - Teoria 56% - Prática 44%		

QUADRO 5- Proposta curricular para o 2º semestre

Proposição	CASO 2: Determinação Social e ética médica e CASO 7: Atendimento ao Adolescente	
	CASO 2	CASO 7
	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos II, III, IV, VIII, IX	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos I e II Seção II (da Gestão em Saúde): Eixos II e IX

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
3º Semestre	DTP	Sistema Cardiovascular	80	80
3º Semestre	DTP	Sistema Endócrino	80	80
3º Semestre	DTP	Sistema Neurossensorial 2	40	40
3º Semestre	DTP	Aparelho Respiratório	80	80
3º Semestre	DTP	Habilidades Clínicas 3	40	40
3º Semestre	DTP	Iniciação Científica 3	20	20
3º Semestre	DI	Inteligência Emocional	30	10
3º Semestre	DET	Ciência e Bíblia	24	16
3º Semestre	DS	Medicina, Saúde e Sociedade 3	20	20
3º Semestre	CH	Carga Horária	414	386
3º Semestre	CH	Carga Horária Total 800 - Teoria 52% - Prática 48%		

QUADRO 6- Proposta curricular para o 3º semestre

		CASO 9: Autonomia do Idoso e CASO 13: Delegando funções a outros	
		CASO 9	CASO 13
Proposição		Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos VII e IX	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos IX
		Seção II (da Gestão em Saúde): Eixos VIII	Seção II (da Gestão em Saúde): Eixos V e VI

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
4º Semestre	DTP	Sistema Reprodutor	80	80
4º Semestre	DTP	Sistema Digestório	80	80
4º Semestre	DTP	Aparelho Urinário	80	80
4º Semestre	DTP	Processos Patológicos	40	40
4º Semestre	DTP	Habilidades Clínicas 4	40	40
4º Semestre	DTP	Iniciação Científica 4	10	30
4º Semestre	DI	Psicologia Médica 1	20	20
4º Semestre	DET	Antropologia Bíblica	40	0
4º Semestre	DS	Medicina, Saúde e Sociedade 4	20	20
4º Semestre	CH	Carga Horária	410	390
4º Semestre	CH	Carga Horária Total 800 - Teoria 51% - Prática 49%		

QUADRO 7- Proposta curricular para o 4º semestre

Proposição	CASO 18: Comunicação de Más Notícias e CASO 10: Anencefalia	
	CASO 18	CASO 10
	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos II e VII Seção II (da Gestão em Saúde): Eixos III	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos VI e X

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
5º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Tegumentar	80	80
5º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Hematopoiético	80	80
5º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Neurológico	80	80
5º Semestre	DTP	Genética Médica	60	20
5º Semestre	DTP	Habilidades Clínicas 5	40	40
5º Semestre	DTP	Produção Científica 1	30	10
5º Semestre	DI	Psicologia Médica 2	10	30
5º Semestre	DET	Aconselhamento Espiritual e Familiar	24	16
5º Semestre	DS	Medicina, Saúde e Sociedade 5	20	20
5º Semestre	CH	Carga Horária	414	386
5º Semestre	CH	Carga Horária Total 800 - Teoria 52% - Prática 48%		

QUADRO 8- Proposta curricular para o 5º semestre

Proposição	CASO 23: Considerações sobre Relações Amorosas entre Médico e Paciente e CASO 8: Testemunha de Jeová	
	CASO 23	CASO 8
	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos V e VI	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos II e VII

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
6º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Locomotor	80	80
6º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Cardiovascular	80	80
6º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Endócrino	80	80
6º Semestre	DTP	Medicina Legal	40	40
6º Semestre	DTP	Habilidades Clínicas 6	40	40
6º Semestre	DTP	Produção Científica 2	10	30
6º Semestre	DI	Comunicação Pessoal	20	20
6º Semestre	DET	História da Medicina adventista	40	0
6º Semestre	DS	Medicina, Saúde e Sociedade 6	20	20
6º Semestre	CH	Carga Horária	410	390
6º Semestre	CH	Carga Horária Total 800 - Teoria 51% - Prática 49%		

QUADRO 9- Proposta curricular para o 6º semestre

Proposição	CASO 24: Não Alimentar, Nem Hidratar e CASO 14: Publicidade	
	CASO 24	CASO 14
	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos II, III e IX Seção II (da Gestão em Saúde): Eixos III, VII e VIII	Seção II (da Gestão em Saúde): Eixos IV e V

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
7º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Respiratório	80	80
7º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Reprodutor	80	80
7º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Digestório	80	80
7º Semestre	DTP	Clínica Psiquiátrica	40	40
7º Semestre	DTP	Habilidades Clínicas 7	40	40
7º Semestre	DTP	Produção Científica 3	0	40
7º Semestre	DI	Pedagogia Médica	20	20
7º Semestre	DET	Crises Espirituais e a Visão do Futuro	40	0
7º Semestre	DS	Medicina, Saúde e Sociedade 7	20	20
7º Semestre	CH	Carga Horária	400	400
7º Semestre	CH	Carga Horária Total 800 - Teoria 50% - Prática 50%		

QUADRO 10- Proposta curricular para o 7º semestre

		CASO 21: Internação Compulsória em Psiquiatria e CASO 3: Laqueadura Tubária	
		CASO 21	CASO 3
Proposição		Seção I (da Atenção à Saúde): II, III, VI, IX e X	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixos III e IV
		Seção II (da Gestão em Saúde): VI e VIII	

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
8º Semestre	DTP	Clínica do Sistema Urinário	80	80
8º Semestre	DTP	Fundamentos da Oncologia	40	20
8º Semestre	DTP	Clínicas Integradas Oftalmo/Otorrino	80	80
8º Semestre	DTP	Fundamentos da Pediatria	40	40
8º Semestre	DTP	Habilidades Clínicas 8	40	40
8º Semestre	DTP	Produção Científica 4	0	40
8º Semestre	DI	Bioética	40	0
8º Semestre	DET	Escatologia Bíblica	40	0
8º Semestre	DS	Medicina, Saúde e Sociedade 8	20	20
8º Semestre	CH	Carga Horária	380	320
8º Semestre	CH	Carga Horária Total 700 - Teoria 54% - Prática 46%		

QUADRO 11- Proposta curricular para o 8º semestre

		CASO 11: Prótese Total de Quadril e CASO 22: Índia	
		CASO 11	CASO 22
Proposição		Seção I (da Atenção à Saúde): II, III, VI, IX e X	Seção I (da Atenção à Saúde): IX Seção II (da Gestão em Saúde): II e III

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
9º Semestre	DTP	Internato Pediatria	0	480
9º Semestre	DTP	Internato Medicina de Família e Comunidade 1	0	400
9º Semestre	DTP	Inglês Instrumental	20	20
9º Semestre	DTP	Inovação Ciência e Medicina 1	20	20
9º Semestre	DET	Ética Médica Cristã	30	10
9º Semestre	DS	História da Cultura Afro-brasileira e Indígena	40	0
9º Semestre	CH	Carga Horária	110	930
9º Semestre	CH	Carga Horária Total 1040 - Teoria 11% - Prática 89%		

QUADRO 12- Proposta curricular para o 9º semestre

		CASO 6: Terminalidade da vida e CASO 15: Atestado de óbito	
		CASO 6	CASO 15
Proposição		Seção I (da Atenção à Saúde): Eixo III e IV	Seção I (da Atenção à Saúde): Eixo VI

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
10º Semestre	DTP	Internato Clínica Médica	0	480
10º Semestre	DTP	Internato Medicina de Família e Comunidade 2	0	400
10º Semestre	DTP	Gestão de Projetos	40	0
10º Semestre	DTP	Inovação Ciência e Medicina 2	10	30
10º Semestre	DET	Ação Social	20	20
10º Semestre	DS	Libras	0	40
10º Semestre	CH	Carga Horária	70	970
10º Semestre	CH	Carga Horária Total 1040 - Teoria 7% - Prática 93%		

QUADRO 13- Proposta curricular para o 10º semestre

		Caso 20: Considerações sobre Alocação de Recursos em Saúde e CASO 16: Atestado Médico	
		CASO 20	CASO 16
Proposição		Eixos da DCN Seção I (da Atenção à Saúde): I Seção II (da Gestão em Saúde): I, II e VIII	Eixos da DCN Seção I (da Atenção à Saúde): VI

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
11º Semestre	DTP	Internato Cirurgia	0	480
11º Semestre	DTP	Internato Urgência e Emergência	0	200
11º Semestre	DTP	Internato Saúde Mental	0	260
11º Semestre	DTP	TIC's Aplicada a Saúde	40	0
11º Semestre	DTP	Inovação Ciência e Medicina 3	0	40
11º Semestre	DET	Inter-relações Saudáveis	20	20
11º Semestre	DS	Educação Ambiental	20	20
11º Semestre	CH	Carga Horária	80	1020
11º Semestre	CH	Carga Horária Total 1100 - Teoria 7% - Prática 93%		

QUADRO 14- Proposta curricular para o 11º semestre

		CASO 4: Preceptorial e ética médica e CASO 12: Erro Médico	
		CASO 4	CASO 12
Proposição		<p>Eixos da DCN</p> <p>Seção I (da Atenção à Saúde): IV</p> <p>Seção II (da Gestão em Saúde): III e V</p> <p>Seção III (da Educação em Saúde): II, III e IV</p>	<p>Eixos da DCN</p> <p>Seção I (da Atenção à Saúde): IV e VII</p> <p>Seção II (da Gestão em Saúde): I, II e III</p>

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA				
CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR				
PERÍODO		NOME DA ATIVIDADE	C.H.T	C.H.P
12º Semestre	DTP	Internato Gineco-Obstetricia	0	480
12º Semestre	DTP	Internato Urgência e Emergência	0	200
12º Semestre	DTP	Internato Saúde Coletiva	0	260
12º Semestre	DTP	Direito Médico	40	0
12º Semestre	DTP	Inovação Ciência e Medicina 4	0	40
12º Semestre	DET	Trabalho Social no Contexto Amazônico	0	40
12º Semestre	DS	Direitos Humanos	20	20
12º Semestre	CH	Carga Horária	60	1040
12º Semestre	CH	Carga Horária Total 1100 - Teoria 5% - Prática 95%		

QUADRO 15- Proposta curricular para o 12º semestre

Proposição	CASO 19: Considerações Sobre Agressões a Médicos e CASO 17: Acobertamento	
	CASO 19	CASO 17
	<p>Eixos da DCN</p> <p>Da Seção I (da Atenção Básica): III, IV, VII e IX</p> <p>Da Seção III (da Educação em Saúde) V</p>	<p>Eixos da DCN</p> <p>Da Seção I (da Atenção Básica): VI, VII</p> <p>Da Seção III (da Educação em Saúde) III</p>

FACULDADE ADVENTISTA DA AMAZÔNIA

CURSO DE MEDICINA – PROPOSTA CURRICULAR

QUADRO 16- Proposta curricular do curso de medicina

Estágio Curricular (Internato Médico) 3640 Horas Med. Família = 800 Horas Med. Urgência = 400 Horas Total = 1.200 horas 33% do Internato	Pediatria = 480 Horas Clínica Médica = 480 Horas Gineco-Obstetrícia = 480 Horas Cirurgia = 480 Horas Saúde Mental = 260 Horas Saúde Coletiva = 260 Horas Total = 2.440 Horas 67% da do Internato	Dimensão Técnica-Profissional Carga Horária Teórica = 2760 Carga Horária Prática = 6340
Dimensão Interpessoal Carga Horária Teórica = 210 Carga Horária Prática = 110	Dimensão Ético-Cristã Carga Horária Teórica = 342 Carga Horária Prática = 138	Dimensão Social Carga Horária Teórica = 240 Carga Horária Prática = 240

Total Carga Horária Teórica = 3572 Carga Horária Prática = <u>3808</u> 10.380 Teoria 34% Prática 66%
--

LEGENDA

DTP - Dimensão Técnica-Profissional
 DI - Dimensão Interpessoal
 DET - Dimensão Ético-Cristã
 DS - Dimensão Social
 CH - Carga Horária

