ORGANIZADORES: GIANA LISA ZANARDO SARTORI RAMIRO RONCHETTI ARNALDO NOGARO

OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA 2024







OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA

Volume 4

OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA - Volume 4

ORGANIZADORES Giana Lisa Zanardo Sartori Ramiro Ronchetti Arnaldo Nogaro



ERECHIM-RS 2024 Todos os direitos reservados à EDIFAPES.

Proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma e por qualquer meio mecânico ou eletrônico, inclusive através de fotocópias e de gravações, sem a expressa permissão dos autores. Os dados e a completude das referências são de inteira e única responsabilidade dos autores.

Editoração/Diagramação: EdiFAPES

Revisão: Organizadores

Capa: (Assessoria de Marketing, Comunicação e Eventos /URI Erechim)

ISBN: 978-65-88528-68-6

Conselho Editorial:

Adilson Luis Stankiewicz (URI / Erechim/RS) - Presidente Arnaldo Nogaro (URI / Erechim/RS)
Cláudia Petry (UPF / Passo Fundo/RS)
Elcemina Lucia Balvedi Pagliosa (URI / Erechim/RS)
Elisabete Maria Zanin (URI /Erechim/RS)
Jadir Camargo Lemos (UFSM / Santa Maria/RS)
Maria Elaine Trevisan (UFSM / Santa Maria/RS)
Neila Tonin Agranionih (UFPR / Curitiba/PR)
Sérgio Bigolin (URI / Erechim/RS)
Yuri Tavares Rocha (USP / São Paulo/SP)

Des44 Os desafios da ética médica e da bioética na medicina [recurso eletrônico] / organização Giana Lisa Zanardo Sartori, Ramiro Ronchetti, Arnaldo Nogaro. - Erechim, RS: EdiFapes, 2024. 1 recurso eletrônico: v.4

> Modo de acesso: <u>www.uricer.edu.br/edifapes</u> Editora EdiFapes (acesso em 29 maio 2024).

ISBN 9786588528686

1.Ética médica 2. Bioética 3. Telemedicina 4. Pediatria 5. Ortanásia I. Sartori, Giana Liza Zanardo II. Ronchetti, Ramiro III. Nogaro,

C.D.U.: 614.253

Catalogação na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB 10/1278



Livraria e Editora
Av. 7 de Setembro, 1621
99.709-910 – Erechim-RS
Fone: (54) 3520-9000
https://www.uricer.edu.br/edifapes/

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
A ÉTICA MÉDICA E A BIOÉTICA: DE QUEM É A RESPONSABILIDADE PELOS PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS?	7
ÉTICA MÉDICA E O USO DAS REDES SOCIAIS POR ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	19
LIMITAÇÃO TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE MORTE PARA CRIANÇAS	31
NEUROÉTICA E NEURODIREITO: QUAL A IMPORTÂNCIA NA MEDICINA?	45
PERCEPÇÕES E CONHECIMENTOS MÉDICOS SOBRE LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA	53
PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE NOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS: PRESENÇA DA FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA	62
REFLEXÕES ÉTICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PACIENTES COM HIV	69
TELEMEDICINA: ÉTICA MÉDICA E O MERCADO DE TRABALHO	80

APRESENTAÇÃO

Ensinar a ética deve proporcionar pensar a ética. A ética médica sempre foi um componente curricular obrigatório e um desafio aos educadores nos cursos de medicina. Para além de regras, legislação ou conduta como base para entender o funcionamento legal da medicina, o fazer ético se trata de um desafio pois coloca em foco o caráter dos futuros médicos. É possível ensinar ou pelo menos apontar aquilo que é bom, correto e justo para personalidades já constituídas em formação médica?

Embora possa parecer muita pretensão dos educadores supor que possam ter algum papel na constituição do caráter dos futuros médicos, parece que podemos ao menos trazer o que há de melhor à superfície, desde que proporcionemos o diálogo. Ouvir abertamente de forma neutra e despida de preconceitos ou prejulgamentos, permite uma ampla margem de conversa e sobretudo de compreensão quando se trata de novas gerações em formação.

A insistência na adoção de matrizes curriculares que proporcionem atitudes reflexivas no estudante de medicina tem sido frutífera, uma vez que pensamos na formação para além da técnica ou do conhecimento médico. Essa posição reflexiva, não penas da Ética Médica e Bioética tem sido um eixo formador no curso de Medicina de URI, desde a sua concepção. Entendemos que o médico formado vai fazer a diferença em qualquer cenário que exerça sua profissão, mas sobretudo deve ser humanista na compreensão do mundo que participa e modifica.

Os textos aqui apresentados, de autoria dos acadêmicos em formação médica, refletem uma pequena fatia desse esforço conjunto: o pensar a ética. Os espaços de debate entre colegas, com professores, preceptores e profissionais reflete ainda que de forma indireta a qualidade dos textos apresentados e a relevância de temas contemporâneos.

Boa leitura

Os organizadores

A ÉTICA MÉDICA E A BIOÉTICA: DE QUEM É A RESPONSABILIDADE PELOS PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS?

Gabriel Lazzarotto¹
Larissa Elen Agostini¹
Marcella Culau Vieira¹
Maria Luiza Moratelli Cunha¹
Nathana Müller¹
Raphaela Jarré De Mello ¹

RESUMO

A beleza e a cultuação ao belo é vangloriada desde a antiguidade, perpetuando gerações e culturas, instigando a sociedade a procurar pelo aprimoramento da beleza e pelo dito "padrão estético" do momento em que a coletividade se encontra. De tal forma, devido à vaidade estar extremamente valorizada não só no Brasil, mas também no mundo todo, alguns procedimentos são muito requisitados e devem ser discutidos como, por exemplo: tratamentos estéticos perioculares, harmonização facial, preenchimento labial, bichectomia e estética íntima. Cada vez mais, procedimentos estéticos são idealizados, independentemente da qualificação do profissional que irá realizá-lo. Portanto, a partir dos conceitos inferidos no campo da Ética Médica e da Bioética, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a qualificação dos profissionais responsáveis por tais procedimentos e analisar a responsabilidade dos desfechos físicos e psicológicos causados naqueles que os procuram, sejam esses positivos ou negativos.

Palavras-chave: padrão estético; danos morais; ética profissional.

1 INTRODUÇÃO

A cultura do belo remonta da época dos deuses da mitologia grega, com a narrativa de Homero e a beleza ligada à deusa Afrodite. Já no período clássico da Grécia a beleza passou a ser vista como um real pecado e o corpo passou a ser visto somente como um corpo-reprodutor durante a Idade Média. Todavia, foi no período Renascentista que a beleza voltou a ser cultuada, especialmente, por meio do Bucolismo (Silva *et al.*, 2012). Assim, em toda a história, a beleza sempre foi vista e associada a ideia de prestígio social, sucesso profissional, fama e

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim

caracterizada como um instrumento de sedução (Oliveira, 2002); esses fatores caracterizam-se como a gênese da explicação para os incontáveis tipos procedimentos que objetivam adquiri-la, aumentá-la e preservá-la. Cirurgias, tatuagens, procedimentos não invasivos, cosméticos, regimes alimentares e tantas outras práticas evidenciam o anseio pela beleza e como essa busca incessante por um padrão estético não data exclusivamente da modernidade (Silva *et al.*, 2012).

Assim, a bioética é o ramo das ciências da saúde que trata dos aspectos relacionados com o fenômeno da vida, dedicando-se a compreender os problemas éticos das ciências biomédicas (Clotet, 2011), especialmente, em um contexto em que a beleza mostra-se tão mutável e suscetível às pressões sociais que idealizam uma beleza inalcançável.

Nesse sentido, é necessário refletir acerca da busca incessante pela perfeição corporal e, principalmente, é preciso discutir acerca dos deveres e responsabilidades implicados aos profissionais da área da saúde que são configurados como aptos para realizar esses procedimentos estéticos, sejam estes dentistas, biomédicos, fisioterapeutas ou médicos, para assim compreender acerca dos limites éticos relacionados a essa prática e a quem cabe a responsabilidade sobre estes.

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica acerca de artigos que exemplificam a responsabilidade dos procedimentos estéticos perante os profissionais das diversas áreas da beleza. Optou-se pela discussão a respeito das demais profissões - que não da área da medicina - com o intuito de fomentar a discussão das diversas áreas estéticas, as quais realizam os procedimentos estéticos, sendo esses regularizados ou não.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi pautado na revisão bibliográfica de artigos científicos digitais das plataformas Scielo, ScienceDirect e PubMed, utilizando os seguintes descritores: procedimentos estéticos; responsabilidade; ética. A pesquisa contemplou artigos publicados do ano 2000 ao ano 2023.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vaidade é um tema muito discutido no mundo todo, desde as mudanças de valores sociais ocorridas no século XX. Tal valorização passou a ser de extrema relevância para centenas de brasileiros quando isso começou a alterar o comportamento dos indivíduos frente a sua beleza, sendo uma intensificação de individualismo e crescente sexualização da cultura (Lewis, 2008). O corpo, a tecnologização e a moda passaram a serem explorados pela sociedade moderna como a idealização de figuras sempre buscadas e, atualmente, são elementos essenciais no estilo de vida, considerados até mesmo um investimento irrefutável na autoestima dos indivíduos (Goldenberg, 2002), da mesma forma que os procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos buscam atender os padrões estéticos estabelecidos pela sociedade num geral. Essas informações corroboram o dado que, em 2009, foram realizados, aproximadamente, 2,5 milhões

de procedimentos estéticos, cirúrgicos ou não no Brasil e o país perdeu o pódio apenas para os Estados Unidos, que registrou cerca de três milhões de procedimentos (Jansen, 2010).

De tal forma, devido à vaidade estar extremamente valorizada não só no Brasil, mas também no mundo todo, alguns procedimentos são muito requisitados e devem ser discutidos como, por exemplo: tratamentos estéticos perioculares, harmonização facial, preenchimento labial, bichectomia e estética íntima.

Os tratamentos perioculares envolvem uma gama de procedimentos que prometem melhorar a aparência da região ocular, incluindo cosméticos temporários para a área dos olhos, sérum com prostaglandinas e tinturas para as pestanas e sobrancelhas; tatuagens em pálpebras e sobrancelhas; preenchimento dérmico e toxina botulínica. Todas essas técnicas são buscadas por milhares de brasileiros com o intuito de melhorar e/ou valorizar o olhar, corrigir sulcos ou "pés de galinha" e reposicionar as sobrancelhas (Nagendran, 2022).

A harmonização facial e o preenchimento labial consistem em uma série de técnicas de procedimentos injetáveis utilizados na odontologia, os quais propiciam melhorar um rosto, até então, muitas vezes, refutado pelo paciente e aumentar o volume, a elevação e o contorno dos lábios, respectivamente. Todas essas manobras são realizadas em consonância com a toxina botulínica e o ácido hialurônico, os quais possuem fins de preenchimento, terapia e cosméticos (Carvalho et al., 2017).

A bichectomia é o procedimento cirúrgico que visa remover a "bola gordurosa de Bichat", com fins estéticos e/ou funcionais, a principal indicação funcional consiste em correção de defeitos mastigatórios (Ahari *et al.*, 2016), porém também é muito utilizada com a finalidade estética de diminuir a proporção de bochechas, já que reduz o volume na parte de baixo do rosto e afina-o. Para isso, o cirurgião dentista remove duas estruturas presentes na face, chamados de bola de Bichat (Lima; Souza, 2016).

Já o procedimento de estética íntima consiste tanto na cirurgia plástica para correção e revitalização das genitálias (femininas e masculinas), quanto em procedimentos menos invasivos, sendo o laser o instrumento abordado no presente trabalho. A terapia por laser serve para corrigir a flacidez e atrofia vulvovaginal ocasionada pela idade nas mulheres mais comumente, tal prática tornou-se corriqueira, atualmente, devido vários tipos de lasers aumentarem a espessura do epitélio pavimentoso estratificado, estimularem a produção de fibras colágenas, elásticas e outros componentes da matriz extracelular, melhorarem a irrigação vascular da vagina e aliviarem os sintomas de secura, ardor e dispareunia (Jurado, 2018). Essa prática é possível pela exposição do tecido conjuntivo vaginal a um controle adequado do aumento da temperatura por laser que resulta na rápida contração das fibras de colágeno e encolhimento do tecido exposto, bem como aumento da elasticidade vaginal (Vizintin, 2012). Essa terapia está cada vez mais comum, haja vista inúmeras mulheres sentem desconforto com suas genitálias com o passar dos anos.

Dessa maneira, vale salientar que os procedimentos estéticos, mais comumente realizados, nos dias atuais, pelas áreas da Odontologia, Fisioterapia, Biomedicina e Estética e Cosmetologia, devem ser assistidos da forma correta por profissionais adequados, pois, da

mesma forma que os instrumentos vieram a tona com o intuito de melhorar a autoestima dos brasileiros e corrigir possíveis alterações estruturais, esses também podem trazer consequências danosas à saúde caso sejam realizados de maneira equivocada. Inclusive, vale ponderar que todos os procedimentos podem causar danos irreversíveis e significativos, gerando, até mesmo, custos adicionais ou não previstos à saúde e ao bolso, respectivamente.

Nos últimos dez anos, os tratamentos estéticos perioculares ganharam popularidade, mas também trouxeram complicações sérias, desde irritação ocular até ameaças à visão. Procedimentos temporários podem causar problemas na glândula lacrimal, xeroftalmia, conjuntivite alérgica e bloqueio do ducto nasolacrimal. A tintura de cílios e sobrancelhas pode causar conjuntivite alérgica e inflamação ocular, enquanto a extensão de cílios pode resultarem abrasões na córnea e colagem acidental das pálpebras. A tatuagem periocular pode levar à migração do corante, tatuagem acidental nos olhos e granulomas cutâneos (Nagendran, 2022). Para ilustrar, mostra-se um procedimento realizado em uma jovem britânica durante a aplicação de cílios postiços em um salão de beleza. Nas redes sociais, Lainey Palmer, de 19 anos, perdeu seus cílios naturais e ainda disse que poderia ter ficado cega. Outro caso é o de Isabelle Kun residente da cidade de Ottawa (Canadá) sofreu uma reação alérgica pela cola usada em aplicação de extensões de cílios em um salão de estética.

No que diz respeito à aplicação da toxina botulínica, é importante mencionar a possibilidade de ptose palpebral superior, frouxidão no canto lateral dos olhos e disfunção da glândula meibomiana, responsável pela produção de óleo na margem palpebral. Por fim, o preenchimento dérmico pode resultar em eritema (vermelhidão), inchaço, hematomas, telangiectasias (pequenos vasos sanguíneos visíveis), edema facial localizado ou generalizado, celulite facial, sepse e, em casos extremos, a perda de visão (Nagendran, 2022). O ácido hialurônico é usado na estética para melhorar a pele e contornos faciais. Embora geralmente seguro, existem riscos associados ao seu uso, as injeções podem causar complicações como obstruções nos vasos sanguíneos, edema, infecções e formação de nódulos, afetando a eficácia e segurança (Silva, 2022).

Os lábios desempenham um papel proeminente no rosto e são indicativos de juventude quando mantidos hidratados e com volume. Pacientes jovens, que ainda não apresentam perda de estrutura labial, muitas vezes buscam aprimorar as características anatômicas em busca da perfeição labial. O preenchimento com Ácido Hialurônico (AH) é o procedimento mais recomendado para alcançar esse objetivo. No entanto, é importante estar ciente de que existem potenciais complicações associadas a esse procedimento, essas podem incluir a obstrução parcial ou total de um vaso sanguíneo devido à injeção do preenchedor, bem como o surgimento de sintomas como eritema, endurecimento, prurido e sensibilidade (Gava, 2023).

Além disso, a parestesia, que é uma sensação anormal de formigamento ou dormência, pode ocorrer devido a lesões nos nervos durante os tratamentos estéticos, causadas pela compressão do tecido pelo produto ou pela injeção do preenchedor (AI). Essas lesões nervosas podem variar em reversibilidade, podendo ser temporárias ou permanentes. Outra possível complicação é a formação de equimoses ou hematomas, que ocorrem quando há ruptura de vasos sanguíneos ou compressão excessiva e ruptura de pequenos vasos secundários, entre outros possíveis efeitos adversos (Gava, 2023).

Tem-se um relato de má administração de ácido hialurônico nos lábios como o da britânica Rachael Knappier, em que uma uma esteticista não licenciada atingiu uma região de seu lábio com a agulha, deixando sequelas. À revista *Cosmopolitan*, Rachael contou que a esteticista sabia que o preenchimento labial tinha dado errado mas que afirmou ser apenas uma reação alérgica, porém quando chegou ao hospital, disseram a ela que o produto usado para o tratamento foi administrado de forma incorreta.

A bichectomia é um procedimento estético-funcional que, embora seja realizado com o intuito de melhorar a aparência facial, traz consigo riscos de complicações potencialmente graves. Entre essas complicações, destacam-se a lesão do ducto de Stenon, que pode resultar em sialocele e fístulas salivares, bem como a lesão do ramo bucal do nervo facial, que pode causar paralisia bucal temporária ou definitiva. Além disso, o procedimento também pode estar associado a riscos como hematomas, que podem causar inchaço e desconforto, assimetria facial, que afeta a harmonia facial, e infecções pós-operatórias, que exigem tratamento imediato para prevenir complicações adicionais (Mendes, 2023).

Um relato de bichectomia errôneo é o da influencer Jéssica Frozza, ela afirmou não ter pesquisado muito bem sobre o procedimento antes de realizá-lo, e percebeu alguns efeitos indesejados após um tempo da cirurgia. Jéssica conta que, depois do primeiro ano do procedimento, seu rosto ganhou uma flacidez gigantesca. Relata também, que atualmente faz tratamento para estimular o colágeno na bola de Bichat. Em suas palavras, afirma ter ficado "caveirística".

Quando se trata das complicações decorrentes de procedimentos estéticos na região íntima, pode-se identificar várias questões a considerar. Entre elas, a insatisfação dos pacientes, que muitas vezes não alcançam os resultados desejados após a cirurgia (Felicio, 2018). Além disso, há o risco de recidiva da hipertrofia dos pequenos lábios, o desenvolvimento de hematomas nos pequenos lábios e possíveis reações alérgicas aos fios de sutura utilizados. Outras complicações incluem a formação de seroma na região púbica feminina e a deiscência da incisão na região inguinal feminina, o que pode requerer intervenções adicionais para correção. É importante mencionar que não é incomum alguns pacientes relatarem o desenvolvimento de vaginites após a redução dos pequenos lábios por laser. Em alguns casos, é necessário realizar procedimentos adicionais e, em situações mais complexas, pode ser necessário confeccionar retalhos nos grandes lábios para tratar esses problemas (Felicio, 2018).

Dessa forma, vale ponderar a respeito da ética profissional envolvida em todos os procedimentos mencionados anteriormente. O significado da palavra ética consiste no conjunto de regras de conduta ou então de hábitos, que sejam julgados como válidos pela sociedade. Para a formação ética alguns conceitos são gerados: criação do juízo de valor, o qual estabelece e segue limites legais para a vida profissional. Esse desenvolvimento ético busca desenvolver a capacidade de resolução de alguns problemas e capacidade de prevenção em casos com conflitos morais entre o profissional de saúde, paciente e familiares, mas sempre respeitando a vida humana (Montserrat-Capella *et al.*, 2015).

O Conselho Federal de Odontologia, em seu código de ética, deixa claro que o profissional precisa ter sua área especializada para realizar o devido tratamento. A harmonização

facial, assim como o uso de toxina botulínica e a realização de bichectomia, por exemplo, foi reconhecida como especialidade odontológica na resolução CFO-198 (29 de janeiro de 2019). É importante salientar que os cursos reconhecidos são aqueles que possuem ao menos 500 horas de carga horária.

Na área da fisioterapia, a autorização para o uso de toxina botulínica ocorreu no dia 11 de maio de 2023, através do acórdão número 609. O mesmo requer cursos de capacitação, reconhecidos pelo Conselho de Fisioterapia, com carga horária de pelo menos 50 horas (Coffito, 2023). Assim como na biomedicina também fica autorizado a realização de procedimentos estéticos e uso de toxicologia (CRB, 2021).

Os profissionais da estética e cosmética, ficam autorizados a fazer uso de toxinas quando realizados cursos de especialização em técnicas para os devidos procedimentos. E também fica autorizado aplicar radiações e frequências de luz que não agridam o organismo com a finalidade de estética (Sindestetica, 2018).

O Código de Ética Médica (2019), aborda os princípios, direitos e deveres dos médicos. Tem como objetivo apresentar normas a serem seguidas pelos médicos durante o exercício profissional, inclusive em atividades relativas a ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde, ou outras formas que usem do conhecimento do estudo da medicina. Em relação à responsabilidade profissional, sempre vai ser pessoal, sendo que a omissão ou ação que cause dano ao paciente, é caracterizada como imperícia, imprudência ou negligência. Diante disso, pondera-se acerca da bioética, a qual, em um de seus significados de maior importância, é um estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, através da luz dos valores e princípios morais" (Muñoz, 2004). O primeiro uso do termo, um neologismo, de fato, foi feito pelo Dr. Van Raessenlaer Potter.

De acordo com Minaré R, Potter lembrou que, em 1975, já havia alertado para a dicotomia entre a concepção original de bioética e dos eticistas médicos; uma preocupação com o fato de que a ética deve estar presente nos limites das observações biológicas, empíricas e experimentais, e com a necessidade de se elaborar um sistema de ética capaz de promover diretrizes para uma atuação responsável do ser humano em relação ao futuro. Potter ainda afirmava entender a bioética como uma ciência da sobrevivência humana, e pedia que se pensasse bioética como uma nova "ciência ética" que combina 'humildade", "responsabilidade" e uma competência "interdisciplinar" e "intercultural" potencializadora do senso de humanidade Após estas afirmações, o governo Norte Americano criou a Comissão Belmont para estabelecer padrões éticos a serem seguidos pela pesquisa científica. Esta comissão apresentou seu relatório em 1978 e estabeleceu os primeiros princípios da Bioética: beneficência, autonomia e justiça, aos quais, mais tarde, Beauchamp e Childress acrescentaram outro: Não maleficência.

1°) Autonomia: corresponde ao respeito pelo direito de cada pessoa de autogovernar-se, o que implica que todos os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e as pessoas com autonomia diminuída (os socialmente vulneráveis) devem ser protegidas de qualquer forma de abuso. Do ponto de vista prático, isto significa que a vontade do paciente deve ser um prérequisito fundamental nos procedimentos médicos. 2°) Beneficência: é o *bonum facere* (fazer o bem), que remonta à antiguidade clássica com o juramento hipocrático, o qual enfatiza a necessidade de buscar sempre o bem-estar dos enfermos.3°) Não maleficência: é o princípio hipocrático *primum non nocere* (em primeiro lugar não lesar), que alude ao cuidado nas

intervenções. 4°) Justiça: é o princípio formal de equidade, no qual os iguais devem ser tratados de modo igual e os desiguais de modo desigual. O que está em jogo não é que todos devem receber o mesmo, mas que cada um deve receber o que lhe é proporcional, o que merece, aquilo a que tem direito (Muñoz, 2004)

Com o passar dos anos e de novas contribuições, foi atribuída à bioética três etapas: 1) A primeira fase chamada de Bioética Ponte, interdisciplinar, utilizada como base para todas as abordagens na tentativa de integrar as ciências da vida, do meio ambiente, da ecologia e das ciências humanas, no estilo Potter.

No entanto, sua duração não foi muito longa devido ao desenvolvimento rápido e descontrolado da tecnologia e descobertas na área da saúde; 2) Na segunda fase, conhecida como Bioética Global, o professor Potter, em 1988, reiterou as suas ideias iniciais e, o termo foi mundialmente compreendido como uma proposta para incluir todos os aspectos da vida, saúde e ecologia. O professor Tristan Engelhardt manteve o ponto de vista de que a bioética deveria continuar a ser uma proposta pluralista. Outros autores, como Alistair Campbell e Solly Benatar entenderam o termo global, não no sentido de incluir a todos, mas uma visão uniforme e consistente em termos mundiais, enquadrada no âmbito do processo de globalização que o mundo estava começando a experimentar, ou seja, eles gueriam, de alguma forma, estabelecer um único paradigma filosófico para a abordagem das questões morais na área da saúde, o que poderia ser interpretado como uma nova versão do "imperialismo" (Campbel, 2000); 3) A terceira fase começa com o lançamento, pelo próprio Potter, no final de 1998, da Bioética profunda, aceitando a equiparação feita por Peter Whitehouse que aplicava a bioética ao conceito de Ecologia Profunda do filósofo norueguês Arne Naess . Esta proposta humanizadora já estava sendo defendida por autores como André Comte-Sponville e reforçada pela posição da Organização Panamericana de Saúde, que, em 2001, definiu a Bioética de forma mais ampla, incluindo a vida, saúde, e ambiente, como suas áreas de reflexão (Cely, 2002)

Por fim, entende-se que a bioética e a ética estão diretamente ligadas dentro do campo da medicina, assim como na odontologia, fisioterapia, estética e biomedicina. Os profissionais dentro de seu campo de atuação devem respeitar de forma constante esses dois princípios de extrema importância para seus pacientes, bem como para a vida profissional

Da mesma forma que os procedimentos estéticos tomaram popularidade no século XXI, de maneira diretamente proporcional a esse aumento de demanda, crescem os danos estéticos e morais causados por profissionais aptos e não aptos a realizarem tais procedimentos. Extrapolando além das consequências físicas dessa prática, danos psicológicos e sociais são de grande relevância na prática, uma vez que os procedimentos são buscados já com expectativas formadas decorrentes de seus resultados (Medeiros, 2019).

A responsabilidade civil é caracterizada pelos deveres em que um indivíduo tem após causar prejuízo à terceiros em decorrência do fato que o causou, e, dentro da área médica, essa responsabilidade cabe ao médico a qual tenha performado o procedimento ou pela clínica na qual o procedimento tenha sido realizado (Costa *et al.*, 2016).

Como presente no Código Brasileiro Civil de 2002, a responsabilidade civil se encontra prevista no artigo 186, prevendo que: "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência

ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito". E ainda, baseando-se no artigo 927 do mesmo diploma civil, consta que o dano deve ser reparado. Mesmo que a responsabilidade civil dos médicos seja um tópico amplamente abordado, no orçamento jurídico brasileiro, o assunto não toma base legal específica, fazendo com que magistrados necessitem de uma gama de dispositivos legais para determinar resultados justos para ambas as partes, tanto para o médico quanto para o paciente (Medeiros, 2019).

Segundo o Tribunal Superior de Justiça, por meio de análise jurisprudencial, evidenciase que a corte propõe que o ônus assumido pelo médico em procedimentos estéticos restritos, é de resultado, mesmo havendo uma grande parcela de doutrinadores que discordam. "Vários autores, ainda, entendem que a responsabilidade também é do meio, da atividade médica geral, visto que os resultados dos procedimentos estão sujeitos à fatores que independem da atuação do profissional, sendo imprevisíveis e peculiares ao organismo de cada paciente" (Medeiros, 2019, p. 63).

Saindo da área médica, cabe analisar a responsabilidade de um outro grupo profissional aptos a realizar procedimentos estéticos: o Cirurgião-Dentista. Conforme regulamentada pela resolução 189 do Conselho Federal de Odontologia, de 2019, os dentistas estão aptos a atuarem na área de harmonização orofacial. Independente da legislação que rege esta área, diversos profissionais extrapolam os limites e estão em desacordo com a lei vigente, o que pode causar sérios danos à saúde dos pacientes e consequentemente, pedidos de reparação de danos via processos judiciais (Pedrin, 2015). Tais procedimentos de reparação serão feitos por profissionais médicos, o que torna os cirurgiões-dentistas "não-responsáveis", no que tange o instituto da responsabilidade civil, já que não serão eles a reparar o dano que causaram.

Em uma pesquisa feita por Fernandes *et al.*, em 2021, 65% dos cirurgiões dentistas entrevistados, todos especialistas em Harmonização Orofacial, relataram que não possuem conhecimento das leis que regem a responsabilidade civil, 34,2% relatou ter pouco conhecimento e nenhum participante relatou conhecê-las. Quando indagados sobre já terem sido alvo de processo judicial devido a intercorrências referentes a procedimentos de harmonização orofacial, 57,9% dos Cirurgiões-Dentistas responderam que não e 42,1% que sim. Finalmente, sobre o questionamento de qual o procedimento estético de harmonização orofacial, com base na experiência profissional causou a eles o maior número de intercorrências, o procedimento de rinomodelação foi relatado por 89,4% dos Cirurgiões-Dentistas, preenchimento com ácido hialurônico por 5,3% e bichectomia também por 5,3% dos Cirurgiões-Dentistas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discorre-se com o presente trabalho que a maioria dos procedimentos estéticos são sustentados pelos Conselhos Federais de cada profissão citada anteriormente, contudo mostra-se necessário que os profissionais necessitam ser plenamente capazes e instruídos para realizar tais atividades, não bastando apenas as horas curriculares exigidas por cada Conselho. Diante disso, os pacientes devem sempre conferir se o profissional escolhido possui realmente o título

para exercer tal atividade, da mesma forma que, principalmente, deve-se levar em conta a experiência e responsabilidade ética e moral por parte dos profissionais relacionados à estética humana. Ainda, vale ressaltar que, caso algum procedimento não tenha as expectativas realizadas, o paciente deve ser encaminhado ao hospital para que um médico faça o atendimento, visto que, mesmo a responsabilidade de tais procedimentos não sendo aplicada a esse, os métodos e aprendizados de maior valia na fisiologia humana são realizados pela área médica.

REFERÊNCIAS

AHARI, U. Z. *et al.* The buccal fat pad: Importance and function. **J Dent Med Sci**, v. 15, n. 6, p. 79-81, 2016. Disponível em:

https://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol15-Issue%206/Version-13/Q1506137981.pd f. Acesso em: 24 out. 2023.

BISSON, M.; GROBBELAAR, A. The esthetic properties of lips: a comparison of models and nonmodels. **The Angle Orthodontist**, v. 74, n. 2, p. 162-166, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8574181_The_esthetic_properties_of_lips_A_comp arison_of_models_and_nonmodels. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Código Civil.

CAMPLE. A: Bioética Global: sonho ou pesadelo? **O Mundo da Saúde,** v. 22, n. 6, p. 366-369, 2000.

CARVALHO, S. R. D. C. Harmonização facial com uso de fios PDO, PRF, toxina botulínica e ácido hialurônico, 2010, 28f. Monografia. Faculdade Sete Lagoas, Sete Lagoas, 2019.

CELY G, *et al.*: Una mirada bioética desde las ciencias. **El Horizonte Bioético de las Ciencias**. 5a ed., Centro Editorial Javeriana (CEJA), BogotáColômbia, 2002. Disponível em: http://hdl.handle.net/10554/3604. Acesso em: 03/11/2023

CHÁVEZ, O. Hacia una mayor humanización de la Medicina. **Principios y Valores Éticos**. Editora Clemente: Venezuela, 2 ed., 2001.

CLOTET J, Feijó A. Bioética: uma visão panorâmica. In: Clotet J, Feijó A, Gerhardt de Oliveira M. **Bioética: uma visão panorâmica**, 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2011, 9 - 20.

COFFITO. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.** Os profissionais Fisioterapeutas agora têm sua habilitação reconhecida para utilizar a Toxina Botulínica. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=24234. Acesso em: 07 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-198**, de 29 de janeiro de 2019. Disponível em:

https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2019/198. Acesso em: 07 nov. 2023.

COSTA, André Brandão Nery *et al.* Coordenação Maria Celina Bodin de Moraes Gisela Sampaio da Cruz Guedes. **Responsabilidade civil de profissionais liberais**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

CRUZ, A. S. **Harmonização orofacial com ácido hialurônico:** vantagens e limitações. 2018. 55f. Monografia. Faculdade Maria Milza Bacharelado em Odontologia, Bahia, 2018.

FELICIO, Y. DE A. Verdades e inverdades sobre a cirurgia íntima, 28 anos de experiência. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Sugery**, v. 33, 2018. Disponível em:

https://pdfs.semanticscholar.org/d8e9/f2843871b5e9c6aa1b067e3176b334f20417.pdf Acesso em: 24/10/2023

FERNANDES, L. A.; SOUZA, J. J. D; ZAGO, G. G. Responsabilidade Civil do Cirurgião-Dentista frente aos danos causados em procedimentos estéticos de harmonização orofacial. **ANIMA**, Curitiba, p. 216-241, jun./2021.

GAVA, B.; SUGUIHARA, R. T.; MUKNICKA, D. P. Complicações e intercorrências no preenchimento labial com ácido hialurônico. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, p. e28412541900, 29 maio 2023. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41900 Acesso em: 24/10/2023

GOLDENBER, M. **Nu & vestido:** Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record.

JANSEN, R. Pela cirurgia plástica, brasileiras buscam seios e nádegas maiores. **Globo Saúde**, 2010. Disponível em:

https://oglobo.globo.com/saude/pela-cirurgia-plastica-brasileiras-buscam-seios-nadegas-maior es-2965611. Acesso em 24 out. 2023.

LEWIS, J. Cultural studies: The basics. **Cultural Studies**, p. 1-456, 2008.

LIMA, A. M.; SOUZA, R. D. **Bichectomia:** Relato De Série De Casos. 2016. 11 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Odontologia. Universidade Tiradentes, Aracaju, 2016.

CRB - CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA. **Manual do Biomédico**, 2021. Disponível em:

https://crbm1.gov.br/site2019/wp-content/uploads/2021/06/Manual_do_Biomedico_2021_V4.pdf. Acesso em: 07 nov. 2023.

MEDEIROS, R. C. G. D. Responsabilidade civil do médico em procedimentos estéticos. **Repositório UFPB**, Paraíba , v. 1, n. 1, p. 1-70, ago./2019. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/16155. Acesso em: 30 out. 2023.

MENDES, S. A. B.; TOMAZ, F. N.; LADEIA, F. D. G. Complicações Cirúrgicas em Bichectomia: Revisão de Literatura / Surgical Complications in Bichectomy: Literature Review. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 15, n. 58, p. 493–523, 30 dez. 2021. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3269/5227 Acesso em: 24/10/2023.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; SUÁREZ, M.; ORTIZ, L. MIRA, J. J.; DUARTE, H. G.; REVEIZ, L. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 1, p. 52-59, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu100. Acesso em: 26 out. 2023.

MUÑOX. D. R. Bioética: a mudança da postura ética, **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 2004.** Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-72992004000500001. Acesso em: 03/11/2023

NAGENDRAN, S. T. *et al.* Complications and adverse effects of periocular aesthetic treatments. **Survey of Ophthalmology**, v. 67, n. 3, p. 741-757, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2021.04.009. Acesso em 24 out. 2023.

OLIVEIRA, N. A. S. D. Em jogo... os jogos da beleza. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 254-256, jan. 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100026. Acesso em 12 nov. 2023

PEDRIN, I.G. Considerações ético-legais sobre a aplicação de toxina botulínica pelo cirurgião-dentista. **Odontol. Clín.-Cient. (Online)** vol.14 n.4, 2015.

SILVA, L. M. F. DA *et al.* Complicações com o uso do ácido hialurônico na harmonização facial. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e23111528052, 4 abr. 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28052 Acesso em: 24/10/2023.

SILVA, L. C. D; MENDONÇA, A. R. D. A. Medicalização da beleza: reflexão bioética sobre a responsabilidade médica. **Revista Bioética**, Minas Gerais, v. 20, n. 1, p. 132-139, mar./2012. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/628. Acesso em: 12 nov. 2023.

SINDESTETICA. **Código de Ética dos Profissionais de Estética**, 2018. Disponível em: https://www.sindestetica.org.br/wp-content/uploads/2018/03/C%C3%B3digo-de-%C3%89tic a-do-Profissional-Esteticista-final-sem-pos-graduados.pdf. Acesso em: 07 nov. 2023.

VIZINTIN, Z. *et al.* Novel minimally invasive VSP Er: YAG laser treatments in. **J Laser and Health Academy**, 2012. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/264043201_Novel_minimally_invasive_VSP_ErYA G_laser_treatments_in_gynecology. Acesso em: 24 out. 2023.

ÉTICA MÉDICA E O USO DAS REDES SOCIAIS POR ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bárbara Cristina Gabrielle¹
Débora Alves Pereira¹
Iris Venancio¹
Júlia Dalla Vecchia¹
Júlia Zanin¹
Manoela Nicoletti ¹
Poliana Zago Perondi¹

RESUMO

Diversos estudos demonstram uma estreita relação entre atitudes e comportamento, sendo que a primeira influencia, de maneira significativa, a segunda. Dessa forma, verifica-se que determinadas atitudes entre os acadêmicos de medicina, durante o curso de graduação, podem influenciar a qualidade do cuidado médico fornecida ao paciente no exercício da profissão. Sabendo disso, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina reforçam a importância de aspectos atitudinais na prática médica, os quais dizem respeito a valores, atitudes e normas. Ademais, o uso crescente das redes sociais na prática médica tem gerado desafios importantes na formação de estudantes de medicina. Embora as redes sociais ofereçam oportunidades valiosas para educação e engajamento ético, como a colaboração e o compartilhamento de conhecimento, elas também apresentam dilemas éticos, como a quebra do sigilo médico ao compartilhar informações identificáveis de pacientes, comportamento inadequado e críticas públicas. Equilibrar o uso ético das redes sociais com os desafios éticos é essencial na formação médica, assim, o objetivo deste resumo é fornecer aos estudantes de medicina algumas recomendações éticas, que devem ser levadas em consideração previamente à publicação de conteúdo nas redes.

Palavras-chave: mídias sociais; estudantes de ciências da saúde; bioética.

1 INTRODUÇÃO

A ética médica sempre desempenhou um papel fundamental na prática da medicina, servindo como alicerce moral que guia os médicos em suas decisões e ações no cuidado dos

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim

pacientes. No entanto, o advento das redes sociais nas últimas décadas trouxe consigo desafios significativos no que diz respeito à ética médica, especialmente para os estudantes de medicina que estão no processo de formação e integração à comunidade médica.

À medida que a internet e as redes sociais se tornaram uma parte integrante da vida cotidiana, os estudantes de medicina não estão imunes aos desafios que essas plataformas apresentam. A busca por informações médicas, a interação com colegas e pacientes, a divulgação de experiências clínicas se tornaram práticas comuns nas redes sociais. No entanto, essas ações frequentemente levantam questões éticas importantes.

Um dos principais dilemas éticos é a quebra do sigilo médico. Os estudantes de medicina podem inadvertidamente compartilhar informações que possam identificar pacientes, violando seu direito à privacidade e confidencialidade. Além disso, o compartilhamento de casos clínicos pode desafiar a integridade profissional, uma vez que a exposição a situações médicas complexas pode não refletir a experiência e a competência reais do estudante.

Além disso, as redes sociais também podem ser um terreno fértil para o comportamento inadequado, como a disseminação de informações médicas imprecisas, comportamento não ético com colegas ou críticas públicas a professores e preceptores. Tais comportamentos podem comprometer a reputação dos estudantes e, em última análise, prejudicar a confiança dos pacientes no sistema de saúde.

Por outro lado, as redes sociais também oferecem oportunidades valiosas para a educação e o engajamento ético dos estudantes de medicina. A colaboração e o compartilhamento de conhecimento podem ser facilitados, permitindo o acesso a uma vasta gama de recursos educacionais. No entanto, a linha tênue entre o uso ético e não ético das redes sociais por estudantes de medicina precisa ser cuidadosamente examinada.

2 OBJETIVO

Neste artigo, analisar-se-á a literatura atual para identificar tendências, desafios e práticas recomendadas no que diz respeito ao uso de redes sociais por estudantes de medicina. Abordar-se-ão as implicações éticas de seu comportamento online, as estratégias educacionais para promover a ética médica nas redes sociais e as regulamentações institucionais que buscam orientar o uso responsável dessas plataformas.

Ao fazê-lo, pretende-se fornecer uma visão aprofundada das complexas interações entre ética médica e redes sociais na formação de futuros médicos. Este conhecimento é fundamental para garantir que os estudantes de medicina estejam preparados para enfrentar os desafios éticos que a era digital impõe, mantendo os mais altos padrões de conduta profissional e respeito pelos pacientes.

3 METODOLOGIA

O presente estudo utiliza como método a revisão narrativa da literatura, a qual apresenta como finalidade reunir e concentrar o conhecimento científico já produzido sobre a ética médica e o uso das redes sociais por estudantes de medicina na busca de sintetizar as evidências contidas na literatura para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento sobre a temática. Assim, essa revisão foi elaborada com base em 23 artigos científicos e notícias, desenvolvidos entre os anos de 2008 a 2023, disponíveis em meio eletrônico, oriundos das plataformas Scielo, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico, National Library Medicine e Medline.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da legislação e de guidelines internacionais sobre ética médica e redes sociais.

Hodiernamente, é evidente uma ampla adesão às redes sociais, tanto por médicos, acadêmicos de medicina, quanto por pacientes, que nesta situação compõe o público em geral. As redes sociais desempenham um papel crucial na facilitação da comunicação interpessoal, pois por meio delas, é possível encontrar não apenas informações profissionais, mas também dados pessoais de médicos. Nesse contexto, a possibilidade de pacientes e médicos acessarem perfis nas redes sociais pode impactar a dinâmica da relação entre eles, dependendo do tipo de conteúdo compartilhado. Ademais, questões de confidencialidade médica podem surgir quando informações sensíveis sobre doenças e aspectos pessoais de pacientes sendo expostas no meio virtual (Souza *et al.*, 2017).

Essas interações on-line nas redes sociais podem dar origem a dilemas éticos e profissionais, podendo ou não ferir características que tangem o profissionalismo e a competência dos profissionais que está intrinsecamente ligado à manutenção da confidencialidade do paciente, à integridade, à promoção do bem-estar do paciente e à defesa da justiça social. Portanto, o profissionalismo está intrinsecamente associado à ética (Oliveira, 2014).

De forma tênue ao supracitado, a percepção sobre o conteúdo compartilhado nas redes sociais pode variar entre médicos, acadêmicos de medicina e o público em geral. O público em geral considera certos comportamentos on-line inadequados por parte de médicos e estudantes de Medicina, embora esses possam subestimar o impacto ético e profissional de suas próprias mensagens. Essas constatações têm provocado reflexões sobre postagens e comportamentos em redes sociais por parte de acadêmicos de medicina e médicos (Souza et al., 2017; Oliveira, 2014).

Com o advento de uma nova dinâmica na relação médico-paciente, resultante da ampliação e alcance das redes sociais, surgiu a demanda por diretrizes que delineassem a conduta envolvendo para os médicos ao participarem dessas plataformas, com o propósito de preservar os princípios do profissionalismo e profissionalismo da ética. Nesse contexto, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu não apenas o Código de Ética Médica (CEM), mas

também resoluções com orientações específicas aos profissionais da área, as quais iniciam com um dos princípios fundamentais do médico, o qual este compromete-se a manter em sigilo as informações das quais tenha conhecimento no exercício de suas responsabilidades, exceto nos casos legalmente estabelecidos (CFM, 2018).

A Resolução nº 1.974/2011 do CFM estabelece critérios para a participação dos médicos nas redes sociais. Além disso, a Resolução do CFM nº 2.126/2015 proíbe médicos de publicar autorretratos (selfies), imagens ou áudios que possam ser interpretados como sensacionalismo, concorrência desleal ou autopromoção. Posteriormente, o CFM emitiu a Resolução nº 2.133/2015, que modificou o Anexo I da Resolução CFM nº 1.974/2011 e trata dos critérios relacionados à interação dos médicos com a imprensa (programas de televisão e rádio, jornais, revistas), ao uso das redes sociais e à participação em eventos. Para o CEM, essas resoluções mencionadas abordam questões relacionadas ao sigilo de pacientes e estabelece alguns critérios para a presença de médicos nas redes sociais. No entanto, com a expansão contínua das redes sociais, surgem novas demandas de orientações sobre o comportamento online, que ainda não foram contempladas por essas fontes (CFM, 2018).

Ademais, inúmeras Associações Médicas, como as americanas, australianas e britânicas, juntamente com outras organizações médicas internacionais, emitiram diretrizes abordando o uso de redes sociais, abordando tópicos como a separação entre os perfis pessoais e profissionais e as configurações de privacidade. A maioria dessas diretrizes recomenda que os médicos mantenham perfis separados nas redes sociais, reservando um para conteúdo pessoal e outro para conteúdo profissional. Quanto às configurações de privacidade, as diretrizes enfatizam o seu uso para proteger informações pessoais e conteúdo na medida do possível, mas ressaltam que as configurações de privacidade não garantem o sigilo absoluto, uma vez que o conteúdo na internet tende a se tornar extremamente acessível. Portanto, é aconselhável que os médicos realizem monitoramento e vigilância regular de suas próprias contas e perfis nas redes sociais, conforme recomendado nas diretrizes. Além disso, de acordo com essas orientações, é desencorajada a interação de médicos com pacientes atuais ou antigos em suas contas pessoais de redes sociais (Souza et al., 2017).

Por fim, os decretos-lei 20.931/32 e 4.113/42, que historicamente regulamentavam o exercício da medicina e sua publicidade, foram por muito tempo vistos como restritivos. Por décadas, a prática médica foi segregada em consultório e ambiente hospitalar. No entanto, uma revisão recente procurou promover a igualdade de condições, permitindo que os médicos possam apresentar à população a totalidade dos seus serviços, desde que cumpram o regimento necessário. Esta mudança é regulamentada pela Resolução CFM nº 2.336/23, que complementa as diretrizes previstas pela Resolução CFM nº 1.974/2011 no que diz respeito à publicidade médica (CFM, 2023).

Assim, a Resolução CFM nº 2.336/23 autoriza os médicos a demonstrar seu trabalho, permitindo a divulgação de preços de consultas, a realização de campanhas promocionais, o uso de imagens de pacientes e a exploração de empreendimentos não relacionados à prescrição médica, que, conforme supracitado, anteriormente não eram permitidas. Esta regulamentação visa proporcionar uma maior transparência e acessibilidade aos serviços médicos, ao mesmo tempo em que estabelece limites para garantir a integridade da prática médica (CFM, 2023).

A formação e o ensino da ética médica no meio acadêmico

O tema da ética médica é de extrema relevância no ensino universitário, especialmente nas instituições de ensino médico. No contexto das redes sociais, surge uma questão crucial relacionada à maneira como as instituições de ensino e as organizações médicas abordam o uso ético dessas plataformas por parte dos estudantes de medicina. É imperativo analisar as políticas e diretrizes estabelecidas por universidades e organizações médicas para orientar os estudantes sobre o uso apropriado das redes sociais, considerando os princípios éticos fundamentais da profissão médica. Além disso, essas diretrizes abordam questões como a interação com pacientes nas redes sociais, o respeito pela privacidade dos pacientes e a disseminação de informações médicas precisas. Entretanto, tais diretrizes não pertencem a grade curricular das universidades, as organizações médicas muitas vezes fornecem recursos educacionais e realizam campanhas de conscientização para ajudar os estudantes a entender as implicações éticas do uso das redes sociais, desse modo, é necessário explorar os desafios e impactos do uso das redes sociais na formação ética dos futuros médicos, bem como as medidas educativas e preventivas implementadas para assegurar que os estudantes mantenham uma conduta ética nesse ambiente virtual.

O uso ético das redes sociais por estudantes de medicina é um tópico de crescente importância e interesse no campo da educação médica e nas organizações médicas. Visto que, as redes sociais desempenham um papel significativo na vida dos estudantes de medicina, oferecendo oportunidades de aprendizado, networking e expressão pessoal. No entanto, essas plataformas também apresentam desafios éticos que devem ser abordados para garantir que os futuros médicos mantenham elevados padrões de conduta profissional. As escolas de medicina estão cada vez mais reconhecendo a necessidade de orientar seus estudantes sobre o uso ético das redes sociais. Isso geralmente é realizado por meio de programas de treinamento e orientação, que podem incluir diretrizes claras sobre como os estudantes devem se comportar nas redes sociais e a necessidade manter a confidencialidade do paciente, evitando a divulgação de informações sensíveis ou imagens que possam identificar pacientes (Willison *et al.* 2008).

É importante observar que as implicações éticas do uso das redes sociais não se limitam apenas ao relacionamento com os pacientes. Os estudantes de medicina também devem considerar como sua presença online pode afetar sua reputação profissional. Postagens inadequadas ou controversas podem prejudicar a confiança do público e a credibilidade do futuro médico (Robinson et al. 2014). Sendo assim, as escolas de medicina e as organizações médicas estão atentas ao uso ético das redes sociais por estudantes de medicina e oferecem orientações, diretrizes e programas de conscientização para ajudar os estudantes a navegar nessas plataformas de maneira ética, garantindo que eles se tornem médicos responsáveis e respeitáveis, tanto online quanto offline. Portanto, o uso ético das redes sociais desempenha um papel crucial na manutenção dos mais altos padrões de conduta profissional na prática médica.

No que diz respeito ao compartilhamento de informações de pacientes em redes sociais, particularmente imagens e vídeos, isso tem sido objeto de discussão no campo da saúde. Há controvérsias sobre questões de segurança de dados, acesso, compartilhamento e portabilidade

de informações (West, 2014). Além disso, a evolução das ferramentas de telemedicina e telediagnóstico tem gerado uma grande quantidade de imagens e informações biológicas. No entanto, é importante destacar que essas discussões se referem principalmente a registros oficiais ou institucionais, que estão amparados por leis claras. Isso difere da questão do compartilhamento de informações de pacientes em redes sociais virtuais, que é uma transgressão ética que requer atenção especial (Rakovac *et al.*, 2008).

No campo da bioética, tem havido um crescente reconhecimento de que o compartilhamento de imagens de pacientes em redes sociais é uma questão moral que precisa de discussão aprofundada. Embora o tema do uso de imagens de pacientes tenha sido debatido desde a década de 1970, ele assumiu uma nova relevância na era da internet. A confidencialidade e a privacidade dos pacientes são fundamentais, e o compartilhamento de imagens sem consentimento representa uma violação dessa confiança (Robinson *et al.* 2014).

Contudo, existe uma notável discrepância entre os responsáveis pela supervisão dos currículos de medicina no que se refere à abordagem efetiva da ética médica e à maneira ideal de sua incorporação nos programas de graduação. Essas perspectivas abrangem uma ampla gama de opiniões, desde uma postura dogmática que preconiza a necessidade de uma disciplina dedicada à ética médica que se estenda por vários semestres até a sugestão de uma abordagem mais aberta do tema em diversos contextos, com diversas perspectivas.

Conforme destacado no estudo conduzido por Alexandre Faraco de Oliveira e Evelise Faraco de Oliveira (2022), intitulado "Ética médica e bioética entre estudantes de medicina", a maioria dos estudantes matriculados no curso de medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) considera que o ensino dessa matéria é, em sua maioria, deficiente ou insatisfatório. Esses dados, embora causem apreensão, podem ser atribuídos, em parte, a uma falta de avaliação específica por ano ou mesmo a interpretações individuais, em vez de indicarem uma educação sólida e adequada em relação à bioética. Nota-se que esse tema raramente é submetido a uma avaliação formal dentro deste curso de medicina.

As universidades têm a responsabilidade de abordar esse tema em seus currículos de ética médica, apesar de não serem obrigadas a fazê-lo. É essencial que os estudantes de medicina compreendam os desafios e responsabilidades relacionados ao uso ético das redes sociais na área da saúde. Isso é importante por várias razões, incluindo a necessidade de manter padrões de profissionalismo online, respeitar a confidencialidade dos pacientes, contribuir para a conscientização pública e manter relacionamentos adequados com os pacientes.

Em resumo, a conscientização e a educação voluntária sobre ética nas redes sociais desempenham um papel fundamental na preparação dos futuros profissionais de saúde para lidar com os complexos desafios do mundo digital enquanto mantêm os mais altos padrões éticos em sua prática profissional. É fundamental que os estudantes de medicina compreendam as implicações éticas do uso das redes sociais e saibam como agir de maneira ética e responsável online.

Percepções, responsabilidades e consequências aos estudantes de medicina que atentam contra o Código de Ética

O código de ética médica orienta a conduta esperada não apenas de médicos, mas também de estudantes de medicina, no âmbito das redes sociais. Entre diversos tópicos, destacam-se o respeito à confidencialidade do paciente, respeito e cortesia, divulgação de informações médicas apenas com embasamento científico e com transparência quanto às fontes, além da percepção de que, embora ainda não estejam formados, representam, para o público leigo, a classe médica como um todo (CFM, 2018).

Portanto, alguns comportamentos de estudantes de medicina vistos nas redes sociais configuram-se em infração ao código de ética médica, por exemplo:

- a) Violação da privacidade do paciente: Postar informações ou imagens de pacientes, mesmo sem identificá-los diretamente, pode violar a confidencialidade médica.
- b) Conduta inadequada: Comentários ofensivos, desrespeitosos, discriminatórios ou prejudiciais em relação a pacientes, colegas, professores ou grupos de pacientes (com base em gênero, raça, orientação sexual, etc.) vão contra os princípios éticos da profissão.
- c) Divulgação de informações confidenciais: Revelar informações médicas confidenciais, mesmo que de forma não identificável, é uma violação grave da ética médica.
- d) Promoção de pseudociência ou tratamentos não comprovados: Compartilhar informações médicas não comprovadas, promover tratamentos não baseados em evidências científicas ou espalhar teorias da conspiração médica é antiético e prejudicial.

As percepções dos estudantes de medicina sobre esses comportamentos nas redes sociais podem variar. Segundo os estudos de Souza (2017), alguns podem não reconhecer o impacto negativo de suas ações, enquanto outros podem estar cientes de que estão agindo de maneira inadequada, mas podem não perceber totalmente as implicações éticas. Às vezes, o ambiente de mídia social pode fazer com que as pessoas se comportem de maneira impulsiva ou imprudente. As consequências geradas por essas condutas podem ser diretas, como ações disciplinares advindas das instituições de ensino onde estudam ou até mesmo dos próprios Conselhos Regionais de Medicina; prejuízo à confiança geral da população não apenas no estudante de medicina - e futuro médico - mas em toda a classe; e até mesmo prejuízo à sua própria formação, perdendo oportunidades de estágios, residência médica ou afins.

É fundamental que os estudantes de medicina compreendam que as redes sociais não são um espaço privado e que devem aderir aos mesmos padrões éticos que seriam esperados em ambientes profissionais. A educação contínua sobre ética médica e o uso responsável das redes sociais são essenciais para evitar comportamentos antiéticos e garantir que os futuros médicos mantenham a integridade da profissão (Pander, 2014).

Sendo assim, comportamento nas redes sociais dos estudantes de medicina não apenas reflete sua integridade ética, mas também afeta sua reputação e a da profissão médica como um

todo. Portanto, é fundamental que os estudantes de medicina compreendam e adiram a essas diretrizes para manter os mais altos padrões de ética e profissionalismo.

Mídia social como recurso de aprendizagem para estudantes de medicina

A internet se manifesta como uma adição valiosa ao arsenal de ferramentas de estudo, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), do Curso de Graduação em Medicina, de 2014. Estas diretrizes enfatizam a importância dos estudantes de desenvolver uma capacidade de aprendizagem em saúde independente, participando ativamente na construção do conhecimento e dominando as tecnologias para pesquisa de evidências científicas que embasam suas decisões. Segundo Câmara et al. (2010), a incorporação de tecnologias da informação e comunicação como recursos complementares ao processo de ensino-aprendizagem surge como uma estratégia eficaz para promover a educação contínua, apoiar a tomada de decisões e manter-se atualizado, permitindo que os estudantes de medicina se aproximem de conteúdos médicos de forma interativa, ágil e diversificada.

Nesse contexto, as mídias sociais se transformaram em um recurso essencial no campo da educação médica, proporcionando oportunidades inovadoras para o avanço profissional, networking e compartilhamento de conhecimento. Na educação em saúde, Peck (2014) ressaltou o potencial das mídias sociais como ferramentas educacionais, enfatizando, ao mesmo tempo, a importância de preservar a privacidade dos alunos e estabelecer diretrizes específicas para garantir a segurança no ambiente de aprendizagem. Ela propôs que as instituições de ensino estabeleçam padrões de conduta e diretrizes de privacidade, enquanto os educadores orientam os alunos sobre essas questões.

Ainda, em 2013, a revisão sistemática de Cheston *et al.* (2013) também examinou o emprego das mídias sociais na educação médica. Dentre os benefícios do seu uso, destacamse: ampliação da interação, aumento do envolvimento, acesso a recursos, aprimoramento do conhecimento, desenvolvimento de atitudes e habilidades, a facilitação da comunicação e a eliminação das barreiras geográficas. Igualmente, um estudo realizado na UFPR em 2015 relatou as seguintes vantagens: compartilhamento de informações, a interação entre pessoas, a facilidade, rapidez e a formação de grupos.

No domínio da educação na residência, a pesquisa de Sterling (2017) mostrou que as plataformas de redes sociais, especialmente o Twitter (atualmente X) e os blogs, têm sido utilizadas para promover conceitos clínicos e disseminar a medicina baseada em evidências. Uma pesquisa transversal conduzida por Matava e colaboradores (2013), na qual entrevistou 169 residentes de medicina no Canadá com o objetivo de avaliar o impacto dos podcasts na educação, revelou que 60% dos entrevistados já tinham experiência prévia com podcasts médicos, e entre desses, 72,3% consideraram os podcasts como recursos valiosos devido à flexibilidade que forneciam aos residentes para revisar o conteúdo a qualquer momento desejado.

Desse modo, para Pender (2014), os benefícios das mídias sociais na educação são evidentes. Ao superar limitações geográficas e temporais, elas proporcionam aos alunos acesso

igualitário à aprendizagem. Além disso, as plataformas de comunicação social têm uma vantagem adicional em relação aos métodos de comunicação tradicionais, uma vez que esses espaços online já fazem parte da rotina diária dos usuários (O'Sullivan *et al.*, 2017).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área médica, os estudantes de medicina enfrentam diversos desafios éticos ao fazer uso das mídias sociais. Tais desafios incluem preocupações relacionadas à manutenção do profissionalismo e à preservação da identidade online, bem como à abordagem de questões de privacidade e à garantia da precisão das informações compartilhadas. Adicionalmente, os alunos devem equilibrar suas personalidades pessoais e profissionais nas redes sociais, compreendendo o que é apropriado compartilhar e o que pode ser considerado inadequado do ponto de vista profissional.

É importante destacar a necessidade de estar atento à privacidade e confidencialidade do paciente ao discutir casos médicos ou interagir com pacientes online. Além disso, há o risco de desinformação e da disseminação de notícias falsas nas plataformas de redes sociais, o que pode ter impactos negativos na educação e nos resultados dos pacientes.

Para enfrentar esses desafios de maneira eficaz, os estudantes de medicina podem se beneficiar de uma formação em profissionalismo que ofereça recomendações embasadas em evidências para a manutenção do profissionalismo, ao mesmo tempo em que permitem o aproveitamento dos benefícios das redes sociais. Além disso, é imperativo que as instituições educacionais e os órgãos reguladores desenvolvam diretrizes e políticas que auxiliem os estudantes na navegação das complexidades éticas associadas ao uso das mídias sociais na prática médica.

O estudo "Ética médica e bioética" de Alexandre Faraco de Oliveira e Evelise Faraco de Oliveira aborda a integração de conceitos éticos de forma esparsa no curso de medicina, enfatizando a necessidade de melhorar a formação ética dos estudantes desde o início, desenvolver habilidades de comunicação e competência interpessoal, questionar se os cursos estão adequadamente preparando os alunos para lidar com questões éticas complexas e destacar a importância da discussão ética em pequenos grupos para prepará-los para desafios éticos futuros e manter a confiança dos pacientes.

Paralelamente, as políticas, diretrizes e programas de formação devem evoluir de forma constante, em consonância com as transformações das normas sociais relacionadas à comunicação online e às identidades online. Nesse sentido, o equilíbrio entre os benefícios e os desafios do uso ético das redes sociais é essencial para garantir que os futuros médicos mantenham os mais altos padrões éticos em sua prática profissional e forneçam um cuidado médico de qualidade.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Publicidade e Propaganda Médica** [on-line]. Brasília, 2023. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-resolucao-da-publicidade-medica. Acesso em: 26 out. 2023.

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Código de Ética Médica** [on-line]. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (CRM-PR). **Juramento de Hipócrates** [on-line]. Paraná, 2017. Disponível em: https://www.crmpr.org.br/Juramento-de-Hipocrates-1-53.shtml. Acesso em: 1 nov. 2023.

CÂMERA, FMP; OLIVEIRA, DFM; SILVA, RA; PAULA, VT; ABREU, EPF; NETO, CM; BENTO, BM; FERREIRA, FAXM; MAFALDO, RS; FREIRE, FLO; SILVA, JR; LUCENA, MCCL; DUARTE, GLC; FERREIRA, FA; JUNIOR, JD; DINIZ, RVZ. Perfil do Manuseio de Inovações tecnológicas pelo estudante de medicina e sua interface para o aprendizado em saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, *online*, Desde 2010. Disponível em: http://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4549/4048. Acesso em: 30 out. 2023.

CHESTON, CHRISTINE C; FLICKINGER, TABOR E; CHISOLM, MARGARET S. **Social Media Use in Medical Education: A Systematic Review**. Academic Medicine, Vol. 88, No. 6, p 893-901 / Junho, 2013. Disponível em:

https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2013/06000/Social_Media_Use_in_Medica. Acesso em: 30 out. 2023.

DE OLIVEIRA, ALEXANDRE FARACO; DE OLIVEIRA, EVELISE FARACO. Ética médica e bioética entre estudantes de medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, p. 628-35, 28 nov. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/VjKLpqP39V7Dxy7v7cqVXfb/# Acesso em: 5 nov. 2023.

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Resolução CNE/CES n°3, de 20 de junho de 2014. Ministério da Educação, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

Falta de ética: Médicos expõem pacientes em rede social de paquera. Okariri, [s. l.], 20 ago. 2014. Disponível em: https://www.okariri.com/ultimas-noticias/falta-de-etica-medicos-expoem-pacientes-em-rede-social-de-paquera/. Acesso em: 1 nov. 2023.

LIMA, S. M. F. DOS S., SILVA, S. M. M. DA, NEVES, N. M. B. C., & CRISOSTOMO, L. M. L.. (2020). Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre sigilo médico. **Revista Bioética**, 28(1), 98-110. https://doi.org/10.1590/1983-80422020281372. Acesso em: 30 out. 2023

MATAVA CT, ROSEN D, SIU E, BOULD DM. **eLearning entre residentes canadenses de anestesia**: uma pesquisa sobre o uso de podcast e necessidades de **conteúdo**. Educação médica BMC. 2013; 13:59. [Artigo gratuito do PMC] [PubMed] [Google Scholar] Médica que xingou paciente em rede social: saiba o que dizem código de ética e juramento sobre conduta profissional. Portal G1, [s. l.], 24 maio 2022. Disponível em: https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2022/05/24/medica-que-xingou-paciente-em-rede-social-saiba-o-que-dizem-codigo-de-etica-e-juramento-sobre-conduta-profissional.ghtml. Acesso em: 1 nov. 2023.

OLIVEIRA, J. F. The effect of the internet on the patient-doctor relationship in a hospital in the city of São Paulo. **JISTEM-Journal of Information Systems and Technology Management**, v. 11, p. 327-344, 2014.

O'SULLIVAN E, CUTTS E, KAVIKONDALA S, SALCEDO A, D'SOUZA K, HERNANDEZ-TORRE M. *ET AL*. Mídias Sociais na Educação em Ciências da Saúde: Uma Pesquisa Internacional. JMIR **Med Educ 2017** Jan 04;3(1):e1 [Texto completo GRATUITO] [CrossRef] [Medline]

PANDER T, PINILLA S, DIMITRIADIS K, FISCHER M. O uso do Facebook na educação médica – uma revisão da literatura. **GMS Z Med Ausbild** 2014;31(3):Doc33 [Texto completo GRATUITO] [CrossRef] [Medline]

PECK JL: Mídias sociais na educação em enfermagem: integração responsável para uso significativo. J Nurs Educ. 2014, 53:164-9. 10.3928/01484834-20140219-03.

POSSOLLI, GE; NASCIMENTO GL. As Contribuições do facebook para a formação médica: estudo de caso dos cursos de medicina de Curitiba. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v.13, n.31. (2015). Disponível em: http://periodicos.estacio.br/index.php/reeduc/article/viewArticle/1942. Acesso em: 3 nov. 2023

RAKOVAC I, SEEREINER S, RATZ B, HABACHER W, PIEBER TR, BECK P. **Use of personal computers, electronic medical records and availability of Internet among office based GPs and internists in Austrian province of Styria**. AMIA Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium AMIA Symposium. 2008:1102.

ROBINSON JK, BHATIA AC, CALLEN JP. Protection of patients' right to privacy in clinical photographs, video, and detailed case descriptions. JAMA dermatology. Editorial. 2014 Jan;150(1):14-6.

STERLING, M., LEUNG, P., WRIGHT, D., & BISHOP, T. F. The Use of Social Media in Graduate Medical Education: A Systematic Review. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges,** 92(7), 1043-1056. 2017https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000161

SOUZA, E. S. ET AL. Ética e profissionalismo nas redes sociais: comportamentos on-line de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, p. 564-575, 2017.

Victal, R. **Médico debocha de paciente na internet**: 'Não existe peleumonia'. Portal G1, [s. l.], 29 jul. 2016. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2016/07/medico-debocha-de-paciente-na-internet-nao-existe-peleumonia.html. Acesso em: 1 nov. 2023.

WEST JC. Patients whose records were posted in the Internet can bring class action lawsuit. Tabata v. Charleston Area Medical Center, Inc. **Journal of healthcare risk management**: the journal of the American Society for Healthcare Risk Management. 2015;35(1):43-4.

WILLISON DJ, EMERSON C, SZALA-MENEOK KV, GIBSON E, SCHWARTZ L, WEISBAUM KM. et al. Access to medical records for research purposes: varying perceptions across research ethics boards. **Journal of medical ethics. Research Support,** Non-U.S. Gov't. 2008 Apr;34(4):308-14.

LIMITAÇÃO TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE MORTE PARA CRIANÇAS

Amanda Luísa Hofmann¹
Andresa Nicole Sacon²
Daniel Mews Deifeld³
Julia Tolfo Soares⁴
Laura Skomra Pezzin⁵
Lays Messias de Morais⁶
Mariah Maestri Zepka⁷

RESUMO

As crianças são afetadas por diversas doenças crônicas, destacando-se as não transmissíveis, como Diabetes Mellitus e neoplasias. As neoplasias são responsáveis por causar grande sofrimento nos pacientes e em suas famílias, principalmente por acarretar danos físicos, psicológicos e sociais. Nota-se, assim, a importância de que, nessas situações, sejam conceituados e compreendidos termos como cuidados paliativos, luto e tipos de morte, pelos envolvidos no cenário de enfermidade. Apesar do estigma de que crianças são sempre saudáveis, é de extrema relevância que a equipe multidisciplinar envolvida, o paciente e os familiares entendam a gravidade do quadro e os possíveis desfechos, para que se evite a iatrogenia nesses pacientes e sejam estabelecidos limites terapêuticos dentro das expectativas de cura para a criança. Por ser um processo atípico, atinge todos os envolvidos de maneiras diferentes, por isso, os profissionais também precisam de um preparo para essa situação. Sendo assim, o cuidado em casos de morte de crianças é focado não apenas para o conforto do paciente, como também da família e equipe envolvida.

Palavras-chave: doença crônica; fim da vida; pediatria.

¹ Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim. E-mail: 099572@aluno.uricer.edu.br

² Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim. E-mail: 099559@aluno.uricer.edu.br

³ Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim. E-mail: 100338@aluno.uricer.edu.br

⁴ Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim. E-mail: 099518@aluno.uricer.edu.br

⁵ Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim. E-mail: 044054@aluno.uricer.edu.br

⁶ Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim. E-mail: 099858@aluno.uricer.edu.br

⁷ Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim. E-mail: 099582@aluno.uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 9 a 11% das crianças e adolescentes brasileiros estão com diagnóstico de alguma doença crônica. O Brasil, nas últimas três décadas, vem apresentando uma prevalência significativa de doenças crônicas na população pediátrica, fato que pode ser explicado pela transição demográfica e epidemiológica pela qual passou - tal fenômeno ocorreu anos antes na Europa e América do Norte. A prevalência é tão importante que as doenças crônicas foram incluídas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, em 2015 (Carvalho *et al.*, 2021).

A definição de doença crônica não transmissível, conforme o Ministério da Saúde, é a patologia que tem longo período de latência e curso prolongado. Essas doenças costumam ser multicausais, ter diversos fatores de riscos e têm a capacidade de provocar danos funcionais ao indivíduo (Ministério da Saúde, 2008). Alguns exemplos de doenças crônicas não transmissíveis são as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* (OMS, 2005).

Muitos pacientes pediátricos com doenças crônicas são candidatos a cuidados paliativos. Entende-se, assim, que os cuidados paliativos são abordagens que objetivam a promoção da qualidade de vida para o paciente e seus familiares (OMS, 2020). A Organização Mundial da Saúde orienta que, nessa abordagem, o paciente deve receber cuidado individualizado para o corpo, mente e espírito. Além disso, a família deve receber apoio.

Os processos de morte e morrer afetam negativamente os profissionais da saúde envolvidos no cuidado, especialmente porque a formação acadêmica do médico é centrada na cura do paciente (Monteiro *et al.*, 2022). A frustração e culpa geradas pela morte de um paciente é ainda maior quando se trata de pacientes pediátricos (Souza e Reis, 2019). Apesar de ser um momento de sofrimento para a equipe médica, é importante que ela ofereça suporte adequado à família do paciente, que é quem sofre mais com a morte da criança (Pires *et al.*, 2023).

Ao longo da história, a forma de enxergar a morte mudou, pois era um evento coletivo e natural da vida, e se tornou um acontecimento privado e evitável (Oliveira *et al.*, 2017). Uma das explicações para isso é a configuração da formação acadêmica na área da saúde, que tem como objetivo a preservação da vida. Dessa forma, a morte de um paciente pode ser interpretada como fracasso da equipe de saúde (Santos *et al.*, 2020). É essencial entender que a morte não é uma doença, mas sim uma parte inevitável da existência para a qual não há cura (Farber *et al.*, 2013).

A evolução da Medicina permite que pacientes em estado de saúde crítico possam ser salvos. Porém, alguns desses pacientes não têm a possibilidade de cura, e submetê-los a tratamentos curativos gera gastos e sofrimento ao paciente e à família. Diante dessa situação, surge o desafio de definir quais pacientes pediátricos se beneficiam do suporte tecnológico (Lago et al., 2007). Nesse momento, transparece a importância da bioética, que auxilia os profissionais da saúde a tomarem decisões adequadas em relação aos cuidados no fim da vida. O objetivo geral deste estudo é buscar conceitos e dados acerca do cenário da limitação terapêutica na pediatria e suas repercussões científicas, técnicas, familiares e no âmbito profissional. Para tanto propõem-se como objetivos específicos: compreender a epidemiologia das enfermidades

crônicas que afetam a população infantil; levantar dados e conceitos acerca do processo da morte, cuidados paliativos e luto; conhecer os diversos sentimentos relatados por profissionais da área da saúde frente ao processo de morte, manejo dos pacientes e comunicação com a família e explorar os limites do suporte terapêutico e as medidas de conforto disponibilizadas às crianças.

3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo compreende uma revisão da literatura, de caráter descritivo e exploratório, sobre os limites terapêuticos em pacientes pediátricos, abordando conceitos, a maneira como afeta os profissionais e a família, e a abordagem e o manejo do assunto. Foi elaborado por meio de artigos, livros e publicações, com buscas na plataforma do Google Acadêmico, Scielo e UpToDate, em inglês e português, a partir de 2001. Usando os descritores: pediatria, morte, doenças crônicas, cuidados paliativos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Doenças crônicas não transmissíveis são comuns na vida de todas as pessoas, e demandam cuidado contínuo e de longa duração. Caracterizam-se por conjunto de patologias que apresentam etiologias incertas, fatores de risco e poucos sintomas precoces, dificultando seu diagnóstico. Dentre elas, as mais frequentes são Diabetes Mellitus, doenças respiratórias crônicas, cerebrovasculares, cardiovasculares e neoplasias (Junior *et al.*, 2020).

Segundo o IBGE, acredita-se que 41 milhões de mortes no mundo, representando 70% de todas as mortes anuais, são devido a doenças crônicas não transmissíveis, tornando-se um problema de saúde pública, já que sabe-se que a maior parte dessas patologias poderiam ser evitadas com mudanças de hábitos.

Cerca de 300 mil novos casos de câncer entre jovens de até 19 anos são registrados por ano no mundo. Na infância a doença crônica é considerada ainda mais maléfica, já que são necessários tratamentos integrais, acompanhamento médico e possível afastamento das atividades escolares, interferindo em dimensões emocionais, psicológicas e sociais. (Monteiro *et al.*, 2022).

Pacientes pediátricos com doenças crônicas podem necessitar de cuidados paliativos. Segundo definição da OMS (2020), cuidado paliativo é uma abordagem que proporciona qualidade de vida para os pacientes e seus familiares que enfrentam doenças crônicas e terminais. Esta abordagem compassiva coloca a criança e sua família no centro do cuidado, priorizando o alívio do sofrimento físico, psíquico e espiritual (Ribeiro *et al.*, 2019). O paciente em cuidado paliativo é cuidado por uma equipe multiprofissional com tratamento holístico, controlando sintomas como dor e náusea, oferecer apoio psicológico e emocional (Hermes; Lamarca, 2013).

Além disso, para Paranhos e Rego, os cuidados paliativos em crianças ressalta a importância da comunicação aberta e honesta com a família, dando-lhes a autonomia de tomar decisões conscientes sobre os cuidados com a criança. Este contato e cuidado com os familiares se estende após a morte da criança, com serviços de luto e acompanhamento emocional disponíveis para a família, ajudando-os a enfrentar o processo de luto de forma mais saudável. Esses cuidados não antecipam a morte e nem prolongam o processo de morrer, mas sim dão assistência adequada com tratamento mais humanizado e qualidade de vida às crianças e aos seus familiares (Byock, 2009).

Nesse sentido, para crianças portadoras de doenças crônicas e suas famílias, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alega que deve ser ofertado um cuidado individualizado para o corpo, a mente e o espírito, bem como total apoio à família. Isso deve se iniciar desde a descoberta da doença crônica, e incrementada à medida que o quadro e o tratamento curativo progridem. Desse modo, considera-se a dignidade do paciente infantil durante a doença. Gradualmente, a aproximação da morte e a decisão da equipe referente ao tratamento mais indicado não pode ser sinônimo de abandono ao paciente ou a suspensão de terapia de alívio do sofrimento, assegurando o bem-estar físico, psicológico e espiritual da criança e da família.

A morte, desde o início dos tempos, é um mistério e considerada um tabu, sendo que os profissionais se sentem fracassados frente a ocorrência de tal situação. Mesmo que o processo de morte e luto seja vivenciado de forma diferente por cada pessoa, para os pais de modo particular, é um processo muito doloroso. Quando se trata de luto neonatal e perinatal é um assunto ainda mais delicado, já que os recém nascidos representam o início da vida. O luto, para os pais, inicia-se logo após a perda, e com isso o indivíduo já vivencia sentimentos de vazio, raiva, apatia, irritabilidade e, no caso das mães, de uma nova gravidez (Laguna *et al.*, 2021).

Segundo Kubler-Ross (1996), há cinco fases de luto que os doentes e seus familiares, tendem a passar no processo de adoecimento e morte. São elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Essas fases mostram formas de lidar com a dor e também, modos de buscar não lidar com a morte, que como dito anteriormente, é tida como um tabu e aterrorizante.

Quando se trata dos avanços na prática médica, que vieram também para afastar a dor do luto, por um lado, nota-se que proporcionaram uma melhoria na qualidade de vida da sociedade, mas de outro, o aumento da sobrevida da população acarretou em um prolongamento, muitas vezes, desnecessário e tratamentos injustificáveis (Felix *et al.*, 2013).

Desse modo, a abreviação da morte, a aplicação de terapias ou ainda a instituição de cuidados paliativos que aliviam o sofrimento são considerados os extremos de tratamento oferecidos aos pacientes no fim da vida. Mas, o que deve ser discutido é um dilema ético e de árdua decisão, já que trata da morte de um indivíduo (Felix *et al.*, 2013). Dentre os tipos de morte destaca-se a eutanásia, distanásia e ortotánasia.

A eutanásia, trata-se, inicialmente, do ato de tirar a vida do ser humano, que depois de ser estudado, veio a ser conceituado como uma morte sem dor e sem sofrimento desnecessário. Entende-se, ainda, como uma prática onde abrevia-se a vida, com a finalidade de aliviar ou evitar

o sofrimento do indivíduo. Atualmente a prática é ilegal no Brasil, mas é aceita em países como Holanda e Bélgica (Felix *et al.*, 2013).

Por outro lado, a distanásia, é o prolongamento do processo de morte, por meio do tratamento, que apenas prolonga a vida biológica do indivíduo, sem levar em conta a dignidade ou a qualidade de vida do mesmo (Felix *et al.*, 2013). Ainda, a ortotanásia é definida como a morte correta ou desejável e é quando não ocorre prolongamento ou interrupção do processo natural, deixando que ocorra seu curso. Diante dos debates éticos e constitucionais, ainda, é o mais aceito e considerado mais humanizado (Felix *et al.*, 2013).

Mesmo que conceituados, ainda existem muitos debates acerca dos três assuntos, seja no âmbito religioso, social, ético e também legislativo. Dessa maneira, é notório a importância de debates e estudos cada vez mais aprofundados sobre tais demandas, principalmente no âmbito da pediatria.

Os processos de morte e morrer causam diversos sentimentos negativos nos profissionais da saúde envolvidos no cuidado, principalmente porque a formação acadêmica é centrada na cura ou na melhora clínica dos pacientes. A relação médico-paciente-família está muito relacionada com a dificuldade em lidar com a morte, devido à convivência, confiança e crença na cura (Monteiro et al., 2022).

Quando se trata de pacientes pediátricos, torna-se ainda mais difícil para os profissionais envolvidos, sendo muito maior o sentimento de culpa e impotência diante de desfechos negativos. Alguns estudos trazem que uma das principais causas relacionadas à síndrome de Burnout nestes profissionais estão relacionadas às relações muito profundas estabelecidas com as famílias das crianças e os sentimentos de derrota associados à morte de pacientes pediátricos (Souza; Reis, 2019).

É de extrema relevância atentar-se que apesar de ser um momento difícil e doloroso para os profissionais envolvidos também é um acontecimento que afeta completamente a estrutura familiar. Nesse sentido, é importante que os responsáveis saibam dar suporte para os familiares de maneira adequada, o que pode facilitar o processo do luto. Também, justifica a importância da participação ativa da família nas decisões durante o tratamento da criança (Pires *et al.*, 2023).

Na trajetória da humanidade, a morte sempre intrigou a mente das pessoas (Ariés, 2012). Na Idade Média, o fim da vida era um evento natural e familiar, cercado por rituais específicos de acordo com as crenças da família, sendo algo coletivo, envolvendo toda a comunidade, inclusive as crianças lidavam com a morte desde cedo (Borsatto *et al.*, 2019).

O progresso da ciência e a influência da tecnologia possibilitaram prolongar a vida de pessoas com doenças crônicas, até mesmo em casos graves, com a introdução de métodos para manter artificialmente a vida. Apesar dos avanços na área da saúde, a morte passou de ser um evento coletivo para algo individual e privado, de um fenômeno natural da vida para algo evitável a todo custo (Oliveira *et al.*, 2017).

Esse cenário é atribuído ao silenciamento em torno da morte na sociedade em geral, bem como à abordagem educacional nas áreas da saúde no Brasil, que prioriza a prevenção,

diagnóstico, tratamento e cura de doenças. A formação desses profissionais está centrada na preservação da vida, especialmente do ponto de vista biomédico, sendo essa a sua maior ênfase. No entanto, ao lidar com pacientes críticos, muitos profissionais se sentem inseguros devido às incertezas que surgem (Santos *et al.*, 2020).

Observou-se seis artigos que relatam os desafios enfrentados por todos os envolvidos no processo de lidar com o luto pediátrico e questões relacionadas aos cuidados paliativos oferecidos por equipes de saúde quando já foi caracterizada com limitação terapêutica (Armijo et al., 2014). Crianças que enfrentam o final de suas vidas devido a doenças crônicas, como o câncer, necessitam de cuidados paliativos. É essencial entender que a morte não é uma doença, mas sim uma parte inevitável da existência para a qual não há cura. No entanto, quando uma criança está enfrentando o fim da vida, ela geralmente mantém a esperança de sobreviver, o que é importante para seu bem estar emocional, bem como para seus familiares (Farber et al., 2013).

Facilitar o luto não elimina o sofrimento, mas ajuda na resiliência, isto é a capacidade de se adaptar às modificações, sejam elas boas ou ruins. Profissionais de saúde e cuidadores que estão mais preparados para lidar com suas próprias questões relacionadas à morte podem fornecer melhores cuidados às crianças. Portanto, é crucial criar espaços de discussão sobre a morte durante a formação e treinamento de profissionais de saúde (Farber *et al.*, 2013).

Além disso, os artigos também destacam a dificuldade que os enfermeiros têm em aceitar a morte infantil, e enfatizam a importância de incluir o cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação dos profissionais de saúde para lidar com questões éticas e humanas (Guimarães et al., 2016).

Desde o século XX, na medicina, ocorreram avanços tecnológicos e científicos, os quais potencializam o desenvolvimento de novas descobertas. Essas foram fundamentais para a elaboração de técnicas e de protocolos com intuito de salvar a vida de pacientes em situação crítica. Porém, alguns pacientes severamente enfermos e sem possibilidade de cura não se beneficiam dos avanços médicos, uma vez que a utilização de medidas curativas são, nesses casos, onerosas, dolorosas e causam sofrimento tanto ao paciente quanto à sua família. Nesse viés, o grande desafio que se emerge é definir qual o paciente se beneficiará do suporte tecnológico (Lago et al., 2007). Assim, surge a bioética, a qual auxilia e repara os profissionais da área da saúde quanto aos conflitos oriundos dos cuidados no fim da vida. Isso facilita as tomadas de decisão, visto que as questões morais são apropriadamente consideradas e a decisão bem fundamentada, como pontuado no Código de Ética Médica, capítulo III, sobre responsabilidade profissional, é vedado ao médico: art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

As medidas de Limitação do Suporte de Vida (LSV) é uma prática legal no país, garantida por meio da publicação da Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim, têm-se o respaldo do médico limitar ou suspender os procedimentos que prolonguem a vida do paciente doente, quando em fase terminal de vida - cabe reforçar a vontade dos familiares e do paciente em questão (Nunes; Souza, 2017).

As LSV são, popularmente, relacionadas à morte encefálica. Em 1997, foram publicadas as normas para diagnóstico de morte encefálica, pelo CFM, o qual afirma a retirada do suporte vital dos paciente com morte encefálica confirmada, em casos que a família foi comunicada e que não há doação de órgãos e tecidos. Entretanto, o verdadeiro conceito de LSV refere-se ao processo de limitação de suporte naqueles pacientes que estão com vida, ou seja, não se aplica a pacientes em morte encefálica. A LSV é definida como a decisão de não aplicar terapêutica médica curativa e invasiva em pacientes terminais, visto que não há possibilidade de recuperação (Nunes e Sousa, 2017). Percebe-se, então, que o desconhecimento de conceitos resulta em sofrimento familiar e em gastos para os serviços (Paranhos; Rego, 2014).

À vista de tal conjuntura, a literatura afirma o quão grande é o desafio para as equipes de saúde trabalhar com pacientes pediátricos que estão passando pela fase terminal da doença (Lago *et al.*, 2007). Desse modo, é essencial o trabalho interdisciplinar, visto a necessidade de cuidados em diferentes setores: fisiológico, nutricional, motor, emocional e lúdico. Para isso, é preciso pensar na atuação da equipe, de modo que os profissionais consigam ajudar a criança em seu processo de morrer. Então, quando a equipe decide pela LSV, permite-se que a doença tome seu curso natural, de forma menos dolorosa e invasiva, pois o uso de procedimentos artificiais e mecanizados traz ainda mais dor e desconforto (Nunes e Sousa, 2017). Acredita-se que profissionais da saúde que trabalham com pacientes em fim de vida desenvolvem habilidades e competências para lidar com os limites da vida e, assim, aprendem a reconhecer que existem limites para a cura, mas não para o cuidado. Os últimos momentos de vida deveriam ser tão valorizados quanto os primeiros (Rico-Mena *et al.*, 2023).

Paranhos e Rego (2014), no estudo sobre a "Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas", argumentam sobre a ética dos médicos intensivistas pediátricos, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na cidade do Rio de Janeiro. Nesse estudo, eles pontuam as justificativas das decisões de LSV - evita-se o desconforto e a dor no processo da morte, por meio da não reanimação, ordem de retirada e a ordem de não oferta. Quando se trata de UTI pediátrica (UTIP) e UTI neonatal (UTIN), 72% dos óbitos precederam uma medida de limitação (Garros, 2003). A maioria dos óbitos hospitalares, na pediatria, ocorre na UTIP ou UTIN, seguido em menor número pelo centro cirúrgico, sala de emergência, unidade de oncologia e enfermarias pediátricas (Piva et al., 2011).

Heather T. Keenan *et al.* (2000), no estudo intitulado de "*Attitudes toward limitation of support in a pediatric intensive care unit*", afirma, por meio de um levantamento prospectivo de opiniões dos cuidadores de uma UTIP, que:

Durante 6 meses, 503 pacientes foram internados na UTIP. Nesse período, 52,4% de todas as mortes foram precedidas por limitação de suporte, com 100% das mortes cirúrgicas não cardíacas precedidas por limitação de intervenções médicas. Pelo menos um cuidador desejou limitar o atendimento a 63 desses pacientes (12,5%). Quando os cuidadores desejavam limitar o apoio, mais frequentemente desejavam limitar os modos invasivos de apoio, como a reanimação cardiopulmonar (94%) e a hemodiálise (83%). As razões éticas identificadas com mais frequência para querer limitar o apoio foram encargos versus benefícios (88%) e futilidade qualitativa (83%). A qualidade de vida pré-hospitalar foi citada com menor frequência (50%). Os

cuidadores eram menos propensos a limitar os cuidados com base na qualidade de vida (Keennan *et al.*, 2000).

Paranhos e Rego (2014) entrevistaram 17 médicas que trabalhavam em uma determinada UTIP, todas com mais de 10 anos de atuação e com especialização em pediatria, tendo 9 delas pós-graduação em Terapia Intensiva Pediátrica. No estudo, todas as entrevistas concluíram que: limitação do suporte de vida é um tema difícil e delicado; todas as 17 profissionais conceituam o LSV como "não reanimar" ou "não oferecer terapia"; e 11 delas já realizaram o LSV.

No trabalho de Lourenção e Troster (2020), intitulado de "Fim de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica", tem-se que, mundialmente, a incidência de LSV varia de 30% a 79%. Na América Latina, a LSV ainda está se popularizando nos serviços médicos, embora ainda muito relacionada à ordem de não reanimar a criança. Assim, os pacientes pediátricos em estado terminal têm recebido suporte até que evoluam para parada cardiorrespiratória (PCR) e não sejam reanimadas (Lourenção; Troster, 2020).

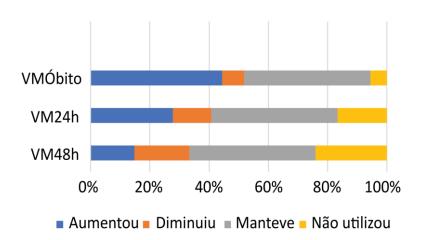
Observou-se, na pesquisa, o suporte prestado nas últimas 48 horas antes do óbito de pacientes de 3 UTIP, no complexo hospitalar vinculado à Universidade de São Paulo - Hospital Universitário, Instituto da Criança do Hospital das Clínicas e Instituto de Tratamento do Câncer Infantil. Dessa maneira, constatou-se 149 óbitos, em 2017, sendo 54 de pacientes pediátricos que seguiram os critérios de inclusão do estudo. A mediana da idade foi de 38 meses, com 29 do sexo masculino e 25 do sexo feminino. O tempo de internação teve mediana de 12 dias. Quanto se trata da admissão, apenas 9 crianças estavam clinicamente estáveis e hígidas; as outras 45 estavam enfermas, sendo mais prevalentes as doenças hepáticas (33,3%), oncológicas (17,7%) e imunológicas (8,8%). Para causas de óbito, identificou-se o choque séptico (38,9%), insuficiência respiratória (14,8%), choque hipovolêmico (13%) e síndrome hemofagocítica (9,3%) (Lourenção; Troster, 2020).

Do total de crianças avaliadas, 17 foram consideradas em estado terminal. Durante as últimas 48 horas de vida, dos 6 sistemas avaliados (respiratório, cardiovascular, neurológico, renal, hematológico e hepático), a média de sistemas disfuncionais foi igual a 4. Os prontuários de 25 crianças descreviam alguma forma de LSV, e 20 crianças tinham ordem de não reanimar. No entanto, deixaram de ser reanimadas um total de 40 das 54 crianças (Lourenção; Troster, 2020).

Quanto aos cuidados nas últimas 48 horas de vida, foram realizados 28 procedimentos invasivos, com mediana de 1 procedimento por paciente. 25 crianças receberam alguma forma de diálise neste período. No momento do óbito, 92,5% dos pacientes se encontravam em ventilação mecânica invasiva no modo assisto-controlado, 2 estavam em ventilação não invasiva e apenas 2 não utilizavam nenhuma forma de ventilação mecânica (Lourenção; Troster, 2020).

Na Figura 1, é demonstrado o uso de Ventilação Mecânica (VM) durante o dia do óbito (VMÓbito), no dia anterior ao óbito (VM24h) e dois dias antes do óbito (VM48h). Assim, pode-se alegar que, nesse serviço, a maioria dos pacientes estavam em VM no dia do óbito, o que é interpretado como um procedimento invasivo (Lourenção; Troster, 2020).

Figura 1 - Uso de ventilação mecânica



No que tange aos medicamentos analgésicos (Figura 2), nota-se o aumento de prescrições 2 dias antes do óbito e no dia do óbito. Assim, no momento da morte, apenas 18% das crianças não estavam usando alguma medida para controle de dor. Já para a sedação (Figura 3), 75% dos pacientes tiveram suas medicações mantidas, diminuídas ou não foram sedados no dia da morte, o que pode ser explicado pela ideia de promover a comunicação da criança com seus familiares; da equipe seguir a boa prática de não sedar sem analgesia; e do receio da equipe em acelerar o processo da morte (Lourenção; Troster, 2020).

Figura 2 - Uso de analgesia

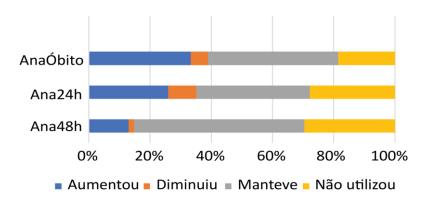
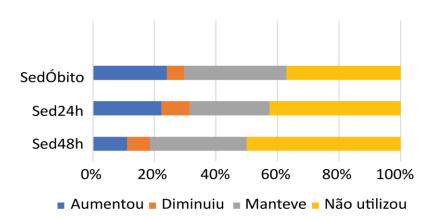


Figura 3 - Uso de sedação



Em uma pesquisa de cunho qualitativo realizada no Rio Grande do Sul, denominado de "Limitação terapêutica em oncologia pediátrica", no cenário de um hospital de ensino, público, de nível terciário e atendendo somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foram entrevistados profissionais da saúde que cuidam crianças internadas na unidade de oncologia infantil, contabilizando 18 leitos, atendendo pacientes de zero a 21 anos. São 16 profissionais ao todo: 2 médicos, 5 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e 1 fisioterapeuta.

A coleta de dados desse estudo afirma que não há um conhecimento técnico sobre o termo limitação terapêutica, sendo a Ordem de Não Ressuscitar a prática mais comum no Brasil (Lourenção; Troster, 2020). O conhecimento apresentado pelos 16 profissionais versa a partir da experiência de cada um deles. Além disso, a maioria dos profissionais relacionou a LSV com o limite em relação às classes farmacológicas que podem trazer a cura à criança. Nessa perspectiva, entende-se que muitas crianças em fase terminal irreversível, quando internadas em UTIP, recebem tratamento centralizado na cura, erroneamente. Então, os profissionais desse serviço desconsideram ou desconhecem os cuidados paliativos e as reais necessidades nos momentos que antecedem o final de vida (Monteiro et al., 2020).

Ao analisar os relatos de LSV nas entrevistas, percebe-se o uso de termos como: "medidas de conforto", "priorizar conforto" e "medidas de suporte"; no entanto, os médicos pouco descrevem nos prontuários as LSV como "planejamento de fim de vida", ou seja, sintetizam a LSV por meio de: "aumentar analgesia", "não realizar procedimentos invasivos" e "não coletar amostras para exames" (Lourenção; Troster, 2020).

Em outro estudo, publicado na Revista da Associação Médica Brasileira, é determinado a prevalência dos diferentes modos de morrer e identificado os limites terapêuticos em crianças internadas. Denominado de "Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terciário", o trabalho baseia-se na revisão dos prontuários de pacientes que morreram na UTIP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para a avaliação do modo de morrer adotou-se critérios de: não resposta às medidas de ressuscitação cardiorrespiratória (NRRST); morte cerebral (MC); retirada ou não-adoção de medidas de suporte de vida (R/NASV); e decisão prévia de não reanimar

(DNR). Já para a causa de morte, adotou-se um critério apenas - falências de órgãos (Carvalho *et al.*, 2001).

A amostra foi composta por 44 pacientes, cuja mediana de idade foi de 28 meses. Como resultado teve-se a alta prevalência de modos de morrer R/NASV e DNR nos pacientes dessa UTIP, sugerindo condutas de limitação terapêutica para eles (Carvalho *et al.*, 2001).

Atualmente, percebe-se que um novo modelo de atenção que prioriza o paciente e se concentra em seus reais sentimentos é necessário. A comunicação e a aproximação dos profissionais de saúde com os familiares do paciente, ajudam a construir vínculos e a melhorar a qualidade de vida nos momentos finais (Bernardo et al., 2013). Com o passar de 1 década, as equipes multidisciplinares adotaram as medidas da LSV; porém, alguns receios legais e morais podem estar impedindo o registro da LSV. Por outro lado, quando a decisão pela LSV é registrada, os familiares têm apenas papel passivo na escolha, infelizmente. Repetem-se nos prontuários as frases "informamos a gravidade do caso" e "explicamos a progressão da doença", e poucas vezes os familiares aparecem como protagonistas das decisões (Lourenção e Troster, 2020); posto isso, com intuito de zelar pelo correto ato médico e pelo bem-estar dos pacientes pediátrico, cabe emergir o que consta no Código de Ética Médica, no capítulo V, afirmando que:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2018, p. 27 - 28).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de doenças crônicas em crianças e adolescentes vem aumentando, e já representa um importante problema de saúde pública. Esses jovens são afetados amplamente por estas condições, assim como suas famílias. Quando não há mais possibilidade de cura, esses pacientes são submetidos aos cuidados paliativos, que visam melhorar sua qualidade de vida, proporcionar uma morte digna e livre de sofrimento e, ainda, dar suporte à família da criança.

A morte de uma criança gera frustração e sensação de culpa na equipe de saúde, e um sofrimento dilacerante à família. Para os profissionais de saúde, é essencial entender que a morte é um fenômeno intrínseco da existência, apesar de terem sido formados para curar as pessoas. Para a família, o luto pode ser atenuado caso haja uma boa relação médico-paciente-família, e caso os cuidados paliativos sejam realizados da forma adequada.

Pacientes em estado crítico e que não têm possibilidade de cura não devem ser submetidos a tratamentos curativos, visto que isso gera gastos e sofrimento ao paciente e à família. Entretanto, essa prática ainda é comum, e muitos profissionais da saúde não estão familiarizados ao real conceito e objetivo dos cuidados paliativos no cenário infantojuvenil, o que

denota uma deficiência grave no sistema de saúde, que pode ser prejudicial aos pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, P. História da morte no ocidente. Ed. Especial. Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**. 2012. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/07/1437968/67883-port.pdf.

ARMIJO, P. P. *et al.* Implicancias éticas en el manejo del niño gravemente enfermo atendido en una unidad de paciente critico pediátrica. **Acta Bioeth** 2014. DOI: 10.4067/S1726-569X2014000100006. Disponível em:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000100006

BERNARDO, C. M., *et al.* A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal. **Rev Pesqui Cuidado Fundam.** 2013 . DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1221. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/b4JLHPJdQfkrQWfFHMy4Pfm/.

BORSATTO, A. Z. *et al.* Medicalization of death and palliative care. **Rev. Enferm. UERJ**. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.41021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS; 2008. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf.

BYOCK, I. Principles of Palliative Medicine. **Palliative Medicine**. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier. 2009. p.33-41.

CARVALHO, K. M., CARVALHO, M. S. N., GRANDO, R. L., MENEZES, L. A. **Children with complex chronic conditions**: an evaluation from the standpoint of academic publications. DOI: https://dx.doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20210674.

CARVALHO, P. R. A. *et al.* Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terciário. 2001. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ramb/a/Cz4Ln9HVG3h49yCzbNCdLJz/?lang=pt#.

FARBER, S. S. Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. **Cad Saúde Colet.** 2013. DOI: 10.1590/S1414-462X2013000300006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/GQkHb5LXmhsqH5Xknr56hjs/abstract/?lang=pt.

FELIX, Z. C. *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18(9):2733-2746. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/i/csc/a/6RQCX8vZXWWfC6qd7Gmq7fx/?format=pdf&lang=pt.

FLORIANI, C. A. Cuidados paliativos no domicílio: desafios aos cuidados de crianças dependentes de tecnologia. **J Pediatr.** 2010. DOI: 10.2223/JPED.19 72. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/JZtr3r3TwsrmVWXqL4kzKgQ/abstract/?lang=pt.

GUIMARÃES, T. M. *et al.* Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery.** 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160035. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/q7bshsbnMcML5FcjdQMrW8m/abstract/?lang=pt.

HERMES, H. R., LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/#.

JÚNIOR, A. F. J. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis na infância. **Saúde Dinâmica**, v. 2, n. 2, p. 38-56. 2020. Disponível em: http://revista.faculdadedinamica.com.br/index.php/saudedinamica/article/view/36.

KEENAN, H. T. *et al.* **Attitudes toward limitation of support in a pediatric intensive care unit. Crit Care Med.** 2000. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10834717/.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer.** 7° edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LAGO, P. M. *et al.* Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. 2007. **Jornal de Pediatria**. Disponível em: https://www.scielo.br/i/iped/a/Z9ppXSxrxTyXytyLWRV88hi/?lang=pt#.

LAGUNA, T. F. S. *et al.* O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Research, Society and Development.** v. 10, n. 6, e5210615347. 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15347/13777.

MONTEIRO, D. T. *et al.* **Limitação terapêutica em oncologia pediátrica**. 2020. Psicologia Argumento. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/26779.

MONTEIRO, D. T. *et al.* Limitação terapêutica para crianças: revisão sistemática sobre final de vida. **Revista Bioética**, vol.30 no.4, Brasília, Out./Dez. 2022.

NUNES, E. C. D A., SOUZA, J. de OLIVEIRA. Limitação do suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica. **Revista Bioética**. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/cMztV8cnFKGbMHhMgFfdyGj/#. Acesso em: 01 nov. 2023.

OLIVEIRA-Cardoso, E. A., SANTOS, M. A. dos. Grupo de Educação para a Morte: uma Estratégia Complementar à Formação Acadêmica do Profissional de Saúde. **Psicol cienc prof.** 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982- 3703002792015.

PARANHOS, G. K., REGO, S. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. 2014. **Revista de Bioética**. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/bioet/a/XgnHcLnSrSCrHnP4KDrttZw/?lang=pt#.

PIRES, L. C. *et al.* Vivências da equipe de enfermagem diante do luto parental em terapia intensiva neonatal. **J. Nurs. Health.** 2023. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/24929/18494.

PIVA, J. P. *et al.* Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. 2011. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/FhZCpWJbWgnXFZN76v3tRJk/#.

RIBEIRO, J. R., POLES, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 3, p. 62-72, jul./set. 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rbem/a/sqGJCJcSsC5mbKZkRHHfnNm/?format=pdf&lang=pt.

SANTOS, C. T. A. dos *et al.* Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o processo morte e morrer: implicações na formação profissional. **Enferm. Foco.** 2020. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3243.

SOUZA, F. F., REIS, F. P. O enfermeiro em face ao processo de morte do paciente pediátrico. **J. Health Biol Sci.** p. 277-283, 2019. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v7i3.2235.p277-283.2019

World Health Organization (WHO). **Definition of palliative care**. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.

NEUROÉTICA E NEURODIREITO: QUAL A IMPORTÂNCIA NA MEDICINA?

Ana Carolina Santin¹
Carina Piovesan ¹
Emili Vitória Daniel¹
Gabriela Elis Dalla Costa¹
Luana Simionato Martins¹
Lucas Imlau¹
Rodrigo Noscoski¹

RESUMO

A neuroética e o neurodireito estão ganhando importância, principalmente nos campos médicos. A neuroética lida com as questões éticas sobre os avanços neurocientíficos e o neurodireito lida com as questões legais e as regulamentações que surgem acerca da neurociência. O trabalho consiste em uma revisão de literatura contendo artigos das plataformas Scielo, BVS e Google Acadêmico. Com o objetivo de relatar acerca dos avanços da neuroética e do neurodireito nas tecnologias médicas, pode-se perceber que a neuroimagem e os psicofármacos foram os que mais evoluíram e possibilitaram um progresso em diversas áreas, como a psicologia, o campo emocional e comportamental. O comportamento ético e moral avalia as questões relacionadas ao cérebro e ao sistema nervoso, ajudando a orientar condutas difíceis, como a tomada de decisões no fim da vida e outros dilemas em pesquisas médicas e tratamentos complexos.

Palavras-chave: bioética; medicina; neurociências.

1 INTRODUÇÃO

A neuroética e o neurodireito são vertentes interdisciplinares que estão ganhando uma importância crescente na bioética, principalmente nos campos médicos. Conforme, há os avanços na área das neurociências e na tecnologia neurocientífica, novas questões éticas e jurídicas surgem. A Neuroética é definida como um ramo da bioética, lidando com questões éticas relacionadas ao uso e às implicações dos estudos neurocientíficos (Almeida, 2009). Ela possibilita que seja feita uma análise do que é certo e errado, com relação ao aperfeiçoamento

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

e manipulação da neurociência (Mariano, 2010). Já o Neurodireito aborda as questões legais e de regulamentação que surgem com os estudos, garantindo que os limites das ações não ultrapassem as barreiras do direito ético e moral (Brito, 2017).

Pode-se perceber que há duas principais vertentes, sendo o uso de nanotecnologias para o tratamento de patologias associadas ao cérebro e à mente, ou, para aprimorar a função neurocognitiva dos indivíduos. A utilização das pesquisas para evolução de tratamentos e medicamentos de doenças, geralmente não apresenta fortes dilemas éticos, pois tem benefícios em diminuir o sofrimento humano. Apenas, é necessário que o tratamento tenha custo e benefício favorável ao paciente. Já o aprimoramento, tem o objetivo de aumentar ou modificar o estado de normalidade, ampliando ou diminuindo o desempenho do indivíduo (Almeida, 2009).

Conforme o exposto, o neurodireito e a neuroética avaliam as questões da segurança, coerção, justiça social e a natureza humana. No campo da segurança, é discutido os efeitos colaterais no uso de fármacos. Na coerção, é verificado a questão da utilização dessa neurotecnologia como meio de aprimoramento em competições para a melhora do desempenho físico e intelectual. Na área da justiça social, verifica-se a disponibilidade e o alto custo das neurotecnologias. E, por fim, no âmbito da natureza humana, é discutido sobre as consequências do uso prolongado das neurotecnologias, tanto sobre o paciente, quanto sobre a sociedade (Almeida, 2009).

De fato, as evoluções e o desenvolvimento na área da neurociência são instigantes e inovadores, ao mesmo tempo que são perturbadores e delicados. Apesar das limitações e deficiências nas pesquisas neurológicas, os avanços neurocientíficos auxiliam na compreensão da natureza humana e de seu funcionamento (Fernandez, 2023), desempenhando um papel fundamental na medicina, orientando nas práticas médicas e políticas em saúde, mas que seja de forma ética e justa, protegendo os direitos individuais e coletivos.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura contendo trabalhos datados dos anos 2004 até 2023, no âmbito da neuroética e neurodireito. Os artigos foram acessados pela base de dados de plataformas como SciELO, BVS e Google Acadêmico. Os critérios de inclusão adotados abrangeram artigos que abordaram neurociências, neuroética, neurodireto, além de psicofarmacologia e psiquiatria relacionadas com o tema pesquisado. Além disso, foram priorizados os trabalhos que eram originais e de data recente. Assim, foram excluídos artigos desatualizados e aqueles que não se concentraram no tema em questão.

3 RESULTADOS

Os avanços científicos nas últimas décadas têm desvendado diversas incógnitas a respeito do funcionamento do sistema nervoso central, em especial, de sua acentuada rede neuronal que promove uma conexão múltipla entre diversas áreas do cérebro. Esses avanços

anatômicos e fisiológicos proporcionaram significativos progressos em diferentes áreas, como na psicologia e no campo emocional e comportamental. Isso ocorre, uma vez que, identificadas as estruturas, tanto anatômicas quanto químicas, de articulação neuronal, possibilita-se a especificação dos mecanismos de funcionamento biológico das reações emocionais, psicológicas, somáticas, cognitivas e físicas (Cruz, 2010).

Os significativos avanços nas últimas décadas no campo de estudo fragmentado da neurociência, em que os múltiplos avanços ocorrem em esferas de estudo inicialmente isolados entre si, esbarram em avanços ainda mais significativos devido à lacuna existente em ferramentas que promovem a integração desses conhecimentos. Assim, a neuroimagem funcional surge como uma importante condição integrativa entre esses campos neurocientíficos, entre esses, destaca-se a ressonância magnética funcional como mecanismo para integrar os subcampos de sistemas, cognitivo, computacional e clínico (Finn, 2023)

As possibilidades da ressonância magnética funcional são múltiplas, como o acesso a informações espaciais e temporais ao nível de todo o cérebro, permitindo que capacidades cognitivas, emocionais e motoras sejam identificadas. Essas informações possibilitam que sejam identificados padrões de dados humanos que, posteriormente, podem ser reprodutíveis. Além da identificação dos dados cognitivos, que ocorrem durante a ação de uma tarefa explícita, a ressonância magnética funcional expandiu suas possibilidades, atualmente, a identificação de padrões em estado de repouso e em estados naturais (por exemplo, ao escutar música, assistir filmes, na linguagem falada naturalmente, jogos de interação, etc) oferecem um amplo conjunto de dados que espelham o cérebro em contextos do mundo real (Finn, 2023).

Nessa perspectiva, a neuroimagem funcional trouxe alguns avanços imediatos à psiquiatria, uma vez que se torna possível identificar regiões anatômicas onde uma determinada atividade variou comparativamente com o status diagnóstico e a gravidade dos sintomas associados. Entre as abordagens, a neuroimagem em estado de repouso possui algumas importantes vantagens inerentes, como a necessidade de estados mínimos de atenção ou motivação como também tempo de varredura menor. Apesar de ser um método relativamente recente, já foram identificados todo o espectro de transtornos psiquiátricos. (Adams, 2015; Nour, 2022)

Embora a visão mecanicista da geração de sintomas na psiquiatria ainda tenha diversos desafios, a neuroimagem emerge como uma ferramenta angular para a conexão entre os mecanismos neuroanatômicos e psicológicos. Uma vez que a intersecção entre os diferentes subcampos de estudo da mente humana se torna possível, questões importantes sobre o manuseio dos dados são cada vez mais relevantes. Assim, questionamentos sobre o armazenamento, acesso e em quais situações utilizar a neuroimagem se tornarão cada vez mais discutidas para a adequada utilização dos métodos de neuroimagem na prática médica, para isso os campos da neuroética e neurodireito irão evidenciar uma relevância fundamental, uma vez que, possivelmente, em um breve futuro, a neuroimagem possa não somente espelhar a anatomia cerebral mas a própria identidade do funcionamento mental do indivíduo em uma complexidade e detalhes minuciosos (Nour, 2015; Henderson, 2020)

Os psicofármacos também possuem uma condição de relevante importância na discussão neuroética, esses fármacos podem ser classificados entre antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, hipnóticos, antiepilépticos e antiparkinsonianos. Entretanto, apesar de sua relevância clínica para o tratamento de doenças diagnosticadas no sistema nervoso central, o seu uso indiscriminado subclínico tem se tornado uma importante questão de saúde pública (Stahl, 2022; Cândido, 2020).

Além do uso clínico nota-se atualmente o uso indiscriminado de psicoestimulantes como meio de neuroaprimoramento farmacológico, em especial, nos estudantes universitários. Nos Estados Unidos e Brasil o uso de metilfenidato, principal psicoestimulante utilizado, em universidade é de aproximadamente 7% em ambos países, sendo que cerca de um terço adquiriu sem a devida prescrição médica. Outro dado importante do uso indiscriminado do medicamento é o crescimento global do uso diário, passando de 500 milhões em 2000 para 2,4 bilhões em 2013 (Cândido, 2020).

Nesse sentido, verifica-se o uso farmacológico no manejo de reações humanas como a emoção, memória, atenção, entre outras atividades cognitivas como forma de aprimoramento dos comportamentos individuais frente a demandas sociais. Por isso, é visível o uso indiscriminado de outras substâncias além do metilfenidato, como drogas antidepressivas sem o devido diagnóstico, além de drogas depressoras do sistema nervoso central que auxiliam na qualidade do sono. (Almada, 2013).

4 DISCUSSÃO

4.1 Comportamento ético e moral

Aristóteles, em uma de suas teorias, fala sobre a relação do pragmatismo de virtudes, de acordo com essa perspectiva, as ações individuais são interpretadas como reflexos do caráter de uma pessoa, revelando, portanto, uma predisposição para agir de uma maneira específica nos seus julgamentos morais. Essa teoria se conecta de maneira significativa com os avanços contemporâneos e as discussões sobre neuroética e neurodireito, fornecendo revelações sobre como compreender e interpretar as complexidades do comportamento humano à luz das descobertas neurocientíficas (Marino, 2010).

A neurociência, como um domínio do conhecimento, pode ser dividida em duas vertentes. A primeira é conhecida como neurociência básica, focada nos aspectos biológicos. A segunda, denominada neurociência da conduta, concentra-se na interação entre a organização e o funcionamento cerebral e o comportamento humano. Nesse sentido, a neurociência reafirma que nossas atitudes mentais e comportamentos são intrinsecamente vinculados ao cérebro (Brito, 2017).

O comportamento ético e moral na neuroética avalia as questões éticas relacionadas ao cérebro e ao sistema nervoso. Dessa forma, desempenha papel fundamental na Medicina ao ajudar a orientar decisões éticas difíceis, como a tomada de decisões no fim da vida e outros dilemas em pesquisas médicas e tratamentos complexos. A neuroética, por sua vez, fornece

diretrizes para garantir que as decisões médicas sejam tomadas de forma ética e respeitosa, como no caso de tratamentos experimentais, garantindo que os participantes sejam tratados com respeito e que seus direitos sejam protegidos (Brito, 2017; Fernandez, 2014).

Pode-se concluir que a associação entre a teoria aristotélica, os avanços neurocientíficos e a prática ética na medicina destaca a importância dessa perspectiva integradora para compreender a variação do comportamento humano em contexto direcionado à ética médica.

4.2 Questões éticas da neuroimagem e manipulação de dados neurais

A Neurociência também se preocupa com a futura capacidade do ser humano de manipular estados cerebrais. Mesmo que as tecnologias de neuroimagem estejam longe dessa possibilidade esse é um tópico que tem tomado espaço no que diz respeito ao avanço tecnológico, haja visto que existe um aumento da disponibilidade de recursos, a partir dos quais será possível manipular comportamentos e sentimentos humanos. Portanto, torna-se indispensável realizar uma investigação cautelosa acerca dessas tecnologias e seus usos, os quais classificam-se como aceitáveis e desejáveis ou inaceitáveis e questionáveis (Almada, 2013).

Sabe-se que a ocitocina tem capacidade de potencializar sentimentos como o altruísmo, confiança e conexão afetiva. Supõe-se que um executivo manipule o acréscimo neuroendócrino de ocitocina e consiga aumentar esses sentimentos em seu 'oponente', influenciando-o em decisões financeiras e políticas. Desse modo, pode-se dizer que esse executivo usou de sua vantagem para obter informações valiosas e ganho financeiro (Farah, 2011).

Outro uso da manipulação neuroendócrina é durante interrogatórios, visando aprimorar ou manipular relatos, gerando situações problemáticas no que diz respeito a casos de aplicação da lei e em relevantes contextos envolvendo a segurança nacional (Almada, 2013).

Nesses casos, é necessário analisar se os benefícios superam os danos. Do ponto de vista moral a atitude do executivo claramente é errônea. Porém, o segundo exemplo possibilita a obtenção de informações valiosas sem causar nenhum tipo de dor ao informante, fator que poderia ser considerado válido (Almada, 2013).

4.3 Os medicamentos e intervenções no estado mental

Desde os tempos antigos, algumas civilizações, como a chinesa, utilizaram drogas com efeitos terapêuticos e alucinógenos. O ópio, além de influenciar o comportamento humano, foi empregado em diversos contextos. Sua utilização desde a antiguidade demonstra o impacto das substâncias neuroativas na medicina e cultura humana ao longo dos séculos (Duarte, 2005).

Na contemporaneidade, diante dos avanços notáveis da medicina e pesquisas, a discussão acerca da Neurotecnologia tem ganhado crescente relevância. O aprimoramento dos

estudos resultou em progressos notáveis nos medicamentos e substâncias psicoativas, que possuem um poder de influenciar o funcionamento cerebral. Diante da interseção entre bioética e neurociência, emergiram novos questionamentos relacionados à aplicação das descobertas, dando origem ao campo da neuroética, mas, também, a desafios éticos, sociais e legais sobre o avanço contínuo na manipulação e compreensão do cérebro humano (Illes; Racine, 2005).

O progresso neurocientífico possibilita uma melhor compreensão aprimorada da relação entre a mente e cérebro, trazendo abordagens terapêuticas inovadoras e, pode ser útil em algumas doenças neurológicas e psiquiátricas. No entanto, essa evolução tem alguns desafios. Alguns fármacos podem alterar a função cognitiva, memória e capacidade de concentração. Diante disso, uma das preocupações contemporâneas é o desenvolvimento de substâncias que alterem características da personalidade e traços da individualidade de cada ser, o que provoca reflexões essenciais no âmbito de quais são os limites da intervenção humana (Fernandes, 2007).

Uma das principais questões é a disseminação do uso de drogas psicoativas com o intuito de modificar o funcionamento de cérebros que, fisiologicamente, se encontram em condições normais, com o objetivo de aprimoramento neurocognitivo (Farah, *et al.*, 2004).

Um exemplo dessa dinâmica é o uso da Ritalina no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que desempenha um papel essencial para o tratamento de indivíduos que, de fato, apresentam o transtorno. Contudo, tem sido disseminada além do âmbito terapêutico, como um medicamento comum que visa aumentar a produtividade. Isso se deve à falta de prudência ao realizar diagnósticos, além da banalização dos efeitos de substâncias e de pessoas que realmente necessitam do medicamento (Almada, 2013).

Outro exemplo também ocorre com alguns antidepressivos, como a Fluoxetina, um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS). Estudos mostram que o medicamento pode causar efeitos na personalidade, originando o fenômeno da "psicofarmacologia cosmética", que abre discussões acerca da linha tênue entre tratamento por razões e diagnósticos clínicos e a busca por aprimoramento cerebral. (Farah, 2011).

Desse modo, é notável a importância de abordar e explorar essa temática e as questões acerca dos medicamentos psicoativos e o cuidado no âmbito ético e social, principalmente, entre os profissionais da saúde envolvidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avanços neurocientíficos estão ligados à compreensão do ser humano, desempenhando um papel fundamental na área da saúde ao orientar as práticas médicas. Acerca disso, a neuroética e o neurodireito desempenham um papel para que haja aperfeiçoamento e avanços na área de neurociências ao abordar questões legais e de regulamentação dos estudos, garantindo que não haja problemas éticos e morais envolvidos em estudos acerca do tema. Nesse ínterim, essas ferramentas permitem uma avaliação de segurança, coerção, justiça social e natureza humana que recobre tais pesquisas, protegendo direitos individuais e coletivos. Sendo

assim, este tema demonstra grande relevância no que tange a pesquisas e aprimoramentos não só na área médica, mas nas áreas da saúde em geral.

REFERÊNCIAS

ALMADA, L. F. Aspectos éticos legais e sociais das neurociências. **Rev. Simbio-Logias**, v. 6, n.8, 2013.

ADAMS, R. A. *et al.* Psiquiatria computacional, rumo a compreensão matematicamente informada da doença mental. **Journal of Neurology**, v. 87, p. 55-63, 2015.

ALMEIDA, F. A.; FERREIRA, R. A. J. Neuroética e justiça social: um debate ético em torno dos avanços da neurociência. **Revista sociologia jurídica**, v. 9, p.1-21, 2009

BRITO, R. C. O.; TELES, B. M. M. Neurociência, neuroética e direito: suas relações no comportamento ético e moral dos indivíduos. **Cadernos de Graduação**, v. 3, n. 5, 2017.

CÂNDIDO, R. C. F. Prevalência e fatores associados ao uso de metilfenidato para neuroaprimoramento farmacológico entre estudantes universitários. **Einstein Journal**, v. 18, 2020.

CRUZ, V. V.; NAHRA, C. M. L. Neuroética: dever e utilidade. Saberes, v. 3, n. 10, 2010.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. **Revista brasileira de anestesiologia**, v. 55, n. 1, 2005.

FARAH, M, *et al.* Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? **Nature Reviews Neuroscience**, v. 5, n. 5, p. 421-425, 2004.

FARAH, M. **Ethical, legal and societal issues in Social Neuroscience**. Oxford Handbook of Social Neurosciences. New York: Oxford University Press, p. 1015-23, 2011

FERNANDEZ, A.; FERNANDEZ, M. M. **Neuroética, "neurodireito" e os limites da neurociência.** Florianópolis: Portal Jurídico Investidura, 2014. Disponível em: https://investidura.com.br/artigos/filosofiadodireito/neurofilosofia-neuroetica-e-neurodireito/Acesso em: 07 nov. 2023.

FERNANDES, S. M. M. R. Identidade Pessoal e Neuroética: o novo desafio da Filosofia. **Cadernos de Saúde**, v. 1, n. 2. p. 185-189, 2007.

Finn. E. S. Neuroimagem funcional como catalisador para a neurociência integrada. **Nature**, v. 623, p. 263-273, 2023.

HENDERSON, T. A. *et al.* Neuroimagem funcional em psiquiatria - Auxiliando no Diagnóstico e Orientando o Tratamento. **Frontiers**, v. 11, p. 1664 -0640, 2020.

ILLES, J.; RACINE, E. Imaging or imagining? A neuroethics challenge informed by genetics. The **American Journal Of Bioethics: AJOB**, v. 5, n. 2, p. 5-18, 2005.

MARIANO JR. R. Neuroética: o cérebro como órgão da ética e da moral. **Revista bioética**. 2010.

NOUR, M. M. Neuroimagem funcional em psiquiatria e o argumento para falhar melhor. **Neuron**, v. 110, n.16, p. 2524-2544, 2022.

STAHL, S. M.; Psicofarmacologia Clínica - Bases Neurocientíficas e Aplicações práticas. 5. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2022.

PERCEPÇÕES E CONHECIMENTOS MÉDICOS SOBRE LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA

Caroline Hoelscher Fontana¹
Fernanda Devens¹
Isadora Rosa Soares¹
Jorgiana Luiza Copini Mazzetti¹
Julia Bianchi Pertile¹
Natalia Demarco Kielek¹
Yasmin Benetti Martello¹

RESUMO

Nos últimos anos, a limitação do suporte de vida ganhou foco em discussões e condutas médicas, principalmente no âmbito de cuidados paliativos, o qual tem como foco a qualidade de vida, o conforto e a dignidade do paciente. Porém, é estreito o limite entre interromper o suporte avançado de vida e realizar uma possível eutanásia, com conflitos entre os critérios objetivos e subjetivos responsáveis por nortear essa tomada de decisão. Diante disso, este estudo caracteriza-se como uma análise bibliográfica, que objetiva a discussão da percepção e dos conhecimentos de profissionais médicos acerca da crescente prática de limitar o suporte de vida e seus processos. Concluiu-se, então, que é de extrema importância a presença de uma abordagem humanizada na formação médica a respeito da terminalidade da vida, assim capacitando os profissionais e os orientando para que a limitação ocorra de forma precoce, visando uma melhor qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Palavras-chave: paliativismo; terminalidade; ortotanásia.

1 INTRODUÇÃO

A limitação do suporte de vida, também comumente denominada de limitação do esforço terapêutico, consiste em não oferecer tratamento terapêutico ou interromper o suporte avançado de vida (SAV) já iniciado em pacientes terminais, sem que seja indicada possível recuperação desse. No Brasil, essa prática é aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, sendo de

⁻

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

responsabilidade médica esclarecer quais as melhores formas terapêuticas para a situação, realizar registros em prontuário e prestar auxílio integral ao paciente e aos seus familiares com o intuito de aliviar o sofrimento (Nunes; Sousa, 2017).

Atualmente, a morte não é mais vista como um acontecimento natural, mas, associa-se à possível falha dos profissionais da saúde no que concerne ao tratamento e cuidado. Mediante isso, a limitação do suporte de vida está relacionada ao reconhecimento da inutilidade de determinado tratamento ofertado ao paciente paliativo, possibilitando oferecer morte digna aos indivíduos e com menor sofrimento (Pegoraro; Paganini, 2019).

A limitação engloba decisões clínicas importantes, como retirada ou não do tratamento vigente, sendo que tal decisão pode ser limitada pelas seguintes situações: o desejo do paciente ou do familiar em interromper o tratamento, inviabilidade da terapia para as condições do paciente, qualidade de vida considerada inaceitável e o tratamento estabelecido ser difícil de ser suportado (Pegoraro; Paganini, 2019).

Diante disso, a complexidade diante da tomada dessa decisão por profissionais médicos tem influência de inúmeros critérios, sendo eles, objetivos ou concretos, além do critério mais prevalente que é a subjetividade (Nunes; Sousa, 2017). Dessa forma, o processo de decisão ainda é motivo de insegurança dos profissionais mediante a determinação da terminalidade que envolve a vida e morte dos pacientes (Nunes; Sousa, 2017).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo compreende um estudo descritivo, de cunho quantitativo, na forma de pesquisa bibliográfica acerca dos conhecimentos de profissionais médicos sobre a limitação do suporte de vida. A análise literária foi embasada em banco de dados distintos: Pubmed, SCIELO, Google Acadêmico e UpToDate. Além disso, será feita a narrativa do relato de caso intitulado: "Cuidado Paliativo na Atenção Domiciliar: relato de caso de um paciente oncológico residente em Governador Valadares-MG". O período de buscas abrangeu setembro, outubro e novembro de 2023, e foram utilizados os seguintes descritores: "limitação do suporte de vida", "cuidados paliativos", "aspectos ético-jurídicos da paliação" e "diretivas antecipadas de vontade".

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Percepção médica sobre cuidados paliativos

Com o avanço do conhecimento científico e o aumento da expectativa de vida, surgiu a ilusão de que a imortalidade humana era uma possibilidade. Além disso, há uma carência na formação médica contemporânea, que muitas vezes produz profissionais altamente técnicos, mas despreparados para lidar com pacientes que enfrentam doenças graves e incuráveis. (Ribeiro, 2019)

Por volta da metade do século XX, os movimentos tiveram origem com o propósito de humanizar a prestação de serviços de saúde, considerando a totalidade do indivíduo. O cuidado paliativo surge como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Isso é um sucesso por meio do alívio do sofrimento e do tratamento de sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual, incluindo o controle da dor (Ribeiro, 2019).

O momento de iniciar os cuidados paliativos é o mais precoce possível. Eles podem ser combinados com tratamentos destinados à cura da doença, ajudando a gerenciar os sintomas difíceis de controlar e a melhorar a condição clínica do paciente. À medida que a doença progride, mesmo durante tratamentos com intenção curativa, a abordagem paliativa deve ser ampliada para incluir o cuidado dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais (Ribeiro, 2019).

Na fase terminal, quando o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo assume prioridade para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade. A transição do cuidado com o objetivo de cura para o cuidado com abordagem paliativa é um processo contínuo e varia de acordo com as necessidades individuais de cada paciente (Ribeiro, 2019).

Os profissionais envolvidos na prestação de cuidados paliativos formam uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos. Eles desempenham atividades diretamente relacionadas às necessidades biopsicossociais do paciente e de sua família. Além disso, administrativos, motoristas, capelães, voluntários e cuidadores também desempenham um papel fundamental, oferecendo apoio e assistência aos membros da família e à equipe, com foco no bem-estar do paciente (Ribeiro, 2019).

3.2 Diferença entre cuidados paliativos e eutanásia: os médicos entendem?

No que tange às discussões referentes aos cuidados do paciente terminal e as diversas questões éticas sobre morte e dignidade humana levantadas por esse tema, surge a necessidade de conceitos, os quais norteiam a prática médica. Dessa forma, o Código de Ética Médica (CEM) surge com esse papel, indicando que: "Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados". De forma concomitante, o Código Penal Brasileiro, por sua vez, classifica a eutanásia como uma prática não legitimada no Brasil, sendo considerada homicídio.

Entretanto, observa-se que tais definições são, não raro, desconhecidas ou seu conhecimento é deturpado. Isso se evidencia, uma vez que estudos nacionais, realizados a partir da ótica de profissionais médicos sobre as resoluções em vigor no país, mostrou que, quando questionados sobre a definição de alguns conceitos, existia confusão entre os termos eutanásia e ortotanásia (Batista, Seidl, 2011). Além disso, 49% deles desconheciam a resolução do CEM (Vane, Posso, 2011).

Outro estudo evidenciou que, embora em menor número, alguns médicos ainda entendem a aplicação de LSV como a suspensão total de suporte terapêutico, o que erroneamente coloca o paciente em situações de vulnerabilidade e vai de encontro à proposta de ortotanásia ideal e desejada. Nesse mesmo estudo, os resultados mostraram existir um consenso sobre a necessidade de preparação para lidar com esse tema, ainda no processo de formação do profissional médico (Barros et al., 2023).

3.3 A limitação do suporte avançado de vida

O suporte avançado de vida (SAV) é um conjunto de medidas artificiais utilizadas para a manutenção de órgãos e sistemas que se encontram em processo de falência, em prol da permanência estável da vida, realizado por meio de suportes ventilatório e circulatório, tais como ventilação mecânica e reanimação cardiorrespiratória (Rocha; Lima, 2019).

Entretanto, há evidências de que, nas últimas décadas, uma das causas de óbitos se deu pela ocorrência de doenças crônico-degenerativas, as quais não apresentaram melhora clínica com a evolução da doença. Nesses casos, a aplicação do SAV não contribui com o real objetivo do tratamento, podendo, até mesmo, influenciar negativamente por, muitas vezes, ser contrário ao desejo do paciente (Rocha; Lima, 2019).

Assim sendo, a limitação do suporte de vida caracteriza-se pelo ato de retirar ou não oferecer o SAV, e nem outro tipo de tratamento para as ocorrências clínicas, para doentes terminais, e dessa forma possibilitar uma morte digna ao paciente, tendo seu sofrimento reduzido (Barros *et al*, 2023). Ainda, um estudo de Mazutti, Nascimento e Fumis (2016), acerca da limitação do SAV em pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos, evidenciou que praticamente todos os pacientes que optaram pela limitação do SAV foram preservados de tratamentos não vantajosos, podendo assim estarem próximos de seus entes queridos na hora do óbito e evitando seu prolongamento.

3.4 O entendimento médico sobre os aspectos ético-jurídicos do paliativismo

A OMS (Organização Mundial da Saúde), define cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhora na qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças terminais, com o intuito de aliviar o sofrimento físico, psicológico e espiritual (Frasson, 2022). Nesse sentido, os cuidados paliativos possuem portaria reconhecidas no Ministério da Saúde, Portaria n° 19/2002, e uma Resolução do Conselho Federal de Medicina n° 2.217/18 (Frasson, 2022).

Ainda, a Resolução nº 41/2018 é um guia com as diretrizes de cuidados paliativos no Sistema Público de Saúde (SUS). Tais diretrizes consistem em promover a integração dos cuidados paliativos na rede de atenção pública, atuar na melhora da qualidade de vida dos pacientes, além disso, visa ofertar educação continuada em cuidados paliativos para os gestores do serviço público, além de outras diretrizes abordadas.

Por fim, a prática de cuidados paliativos está associada a ortotanásia, ou eutanásia passiva, a qual é caracterizada por limitação da terapêutica ofertada ao paciente terminal, sem chance de cura (Gomes, 2017). A referida opção é autorizada pelo Conselho Federal de Medicina, na resolução n° 1.805/2006, dessa forma, o médico atuante nesses casos deve procurar garantir cuidados dignos ao paciente, agindo com ética e segurança nesses momentos finais (Frasson, 2022).

3.5 A relação médica com a família no processo de terminalidade

A limitação do suporte avançado de vida está amparada por lei, contudo, as inseguranças e o despreparo tangem a sua aplicabilidade na atuação médica. Nesse viés, consoante pesquisa de Nunes e Sousa, realizada em 2017, o profissional médico compreende e é a favor da limitação do suporte avançado de vida, dado que, inserir procedimentos que não resultam em melhora na qualidade de vida torna o processo de morte prolongado e com maior sofrimento.

Contudo, a comunicação entre a equipe médica e a família durante a terminalidade é complexa devido aos múltiplos fatores envolvidos. Dessa forma, conforme uma pesquisa qualitativa, em Unidade de Terapia Intensiva de hospital privado de médio porte, vê-se que o médico evita contato com a família durante o horário de visita, não consegue auxiliar no processo de angústia familiar e julga a visita de familiares como incômoda e que leva a desordem do ambiente. Tais atitudes podem ocorrer devido a dicotomização da prática médica, a qual corrobora com o distanciamento dos aspectos emocionais e focalização apenas nas técnicas, exemplo disso, é que atitudes não-técnicas, como organizar o paciente no leito é considerado um desvio do foco principal, que é salvar a vida do paciente (Monteiro et al., 2015).

Além disso, a desestruturação frente a um familiar em processo de terminalidade é inevitável, desse modo, há grande incidência de estresse, ansiedade e distúrbios do humor nas famílias atingidas. Sendo assim, a família merece um cuidado exíguo desde a comunicação do diagnóstico, dado que é um momento de extremo impacto emocional. Ademais, os familiares possuem desejos específicos, como: ter consciência do quadro clínico; estar próximo ao paciente; ter garantias do controle do sofrimento; ser confrontado e consolado e encontrar um significado para a morte do paciente. Nesse contexto, o médico responsável pelo conjunto paciente-família deve manter o respeito, compaixão e comunicabilidade adequada para a satisfação familiar frente ao processo da terminalidade (Mendes; Lustosa; Andrade, 2009).

3.6 Diretivas antecipadas de vontade

As diretivas antecipadas de vontade (DAV) encontram respaldo na Resolução CFM nº 1.995/2012, a qual define essas como: "conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade" (Conselho..., 2012, p. 269-70). Ou seja, tal resolução orienta o paciente a manifestar ao médico assistente suas vontades e desejos em quadros terminais, sendo competência do profissional

registrar as diretivas no prontuário. Contudo, essa prática gera insegurança na maioria dos profissionais: médicos alegam desconhecimento das DAV, da resolução do CFM e de questões ético-legais no fim da vida, além de referirem que a ausência de uma lei federal ou modelo nacional poderiam levar à judicialização da prática (Cogo *et al.*, 2021; Moreira *et al.*, 2017; Monteira e Silva, 2019; Chehuen *et al.*, 2015).

Diferentes estudos comprovam o desconhecimento do tema por profissionais. Pesquisa de Guirro *et al.* (2022) que avaliava o conhecimento e as percepções de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e usuários (pacientes e acompanhantes) do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre DAV em um hospital-escola, obteve como resultados que a maioria do profissionais respondentes 61,9% (n= 97) desconhecia qualquer instrumento de manifestação de vontade em fim de vida. Em estudo realizado por Cogo, *et al.* (2021) em um hospital universitário, verificou-se novamente o desconhecimento dos profissionais da saúde (n=15) quanto ao tema a partir da realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes. Contudo, houve o interesse dos entrevistados em aderir a prática no ambiente hospitalar. Em respostas, percebeu-se a falta de preparo e oportunidades de entendimento das DAV, um participante respondeu: "Demanda instrumentalização e capacitação sobre o que realmente significa."

Nesse sentido, percebe-se a necessidade de abordagem multiprofissional e contínua aos profissionais da saúde. A literatura descreve que, quando profissionais de saúde são treinados nas questões da terminalidade da vida, eles se mostram mais confiantes na prática assistencial e manifestam menos angústia moral diante das muitas questões que envolvem esse período, como as DAV (Coffey, 2016).

3.7 Relato de caso

Paciente masculino, 57 anos, autônomo, etilista e tabagista havia 41 anos, foi acolhido na ESF pela médica residente, queixando-se de odinofagia e emagrecimento de cinco quilos em três meses. Após avaliação, hipótese diagnóstica compartilhada com a dentista da unidade e resultados de exames, confirmou-se o diagnóstico de neoplasia maligna da orofaringe, sendo o paciente encaminhado ao serviço de oncologia para propedêutica. Após familiares relatarem decisão do paciente em abandonar o tratamento, referenciando à rede de atenção à saúde (RAS), uma equipe multidisciplinar da atenção domiciliar (AD) iniciou os cuidados paliativos, prestando toda assistência humanizada e integral garantida pela Portaria nº 963/2013 e Resolução nº 41/2018. Foram prescritos medicamentos para o tratamento da dor crônica do paciente via "notificação de receita A1". Durante a assistência multiprofissional, os sentimentos negativos e a falta de espiritualidade dificultaram o incentivo do retorno ao tratamento. Após toda a assistência e monitoramento da linha de cuidados paliativos pela atenção prestada ao paciente esse foi a óbito (Pazini, 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o presente estudo explorou a complexidade da limitação do suporte de vida, abordando aspectos médicos, ético-jurídicos, e a relação médico-paciente-família, além de apresentar um relato de caso ilustrativo.

Desta forma, a percepção dos profissionais médicos sobre cuidados paliativos revela a necessidade de uma abordagem mais humanizada na formação, não apenas o aspecto técnico, mas também a capacidade de lidar com situações de doenças graves e incuráveis. Ainda, a transição para cuidados paliativos deve ocorrer precocemente, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e considerar os aspectos físicos, psicossociais e espirituais, sendo que a relação médico-familiar durante o processo de terminalidade evidencia a necessidade de uma comunicação sensível e compassiva por parte dos profissionais da saúde.

Visto isso, falar sobre a percepção médica da limitação do suporte da vida é essencial para a formação do profissional médico, visando minimizar inseguranças e o despreparo dos profissionais nesse cenário que exige um viés humanizado no tratamento.

REFERÊNCIAS

BARROS, Bárbara Fernanda Melo *et al.* Percepções e conhecimentos médicos sobre limitação de suporte de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 31, e3387PT, p. 1-12, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/yQGqDVW8sdDTvWjv8Jp35Qx/abstract/?lang=pt. Acesso em: 24 out. 2023.

BATISTA, Kátia Torres; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. **Com. Ciências Saúde**, v.22, n.1, p. 51-60, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n1_a08_estudo_acerca_decisoe s_eticas.pdf. Acesso em: 19 nov. 2023.

COFFEY, Alice, *et al.* Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: a cross-sectional study in five countries **International journal of nursing practice**, v. 22, n.3, p. 247-257, 2016. DOI: 10.1111/ijn.12417.

COGO, Silvana Bastos, *et al.* Diretivas antecipadas de vontade na assistência hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Revista Bioética**, v.29, n.1, p. 139-147, 2021. DOI: 10.1590/1983-80422021291454.

CHEHUEN NETO, José Antônio, et al. Testamento vital: o que pensam os profissionais de saúde? **Revista Bioética**, v.23, n.3, p.572-582, 2015. DOI: 10.1590/1983-80422015233094.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução no 1.995/2012**. Diário Oficial da União, 31 ago. 2012, Seção I, p. 269-70.

FRASSON, Mariana Cristina Galhardo. Aspectos jurídicos dos cuidados paliativos: nem sempre precisa haver sofrimento. **Revista Consultor Jurídico**, 2022. Disponível em: . Acesso em: 25 out. 2023.

GOMES, Luiz Flávio. Eutanásia, morte assistida e Ortotanásia: dono da vida, o ser humano também é dono da própria morte? **Revista do Ministério Público**, Rio de Janeiro, n° 26, pg 171-179, 2007. Disponível em:

https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2740997/Luiz_Flavio_Gomes.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2023.

GUIRRO, Ú. B. do P. *et al.* Conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade em hospitalescola. **Revista Bioética**, v. 30, n. 1, p. 116-125, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422022301512PT.

MAZUTTI, S. R. G.; NASCIMENTO, A. de F.; FUMIS, Renata Rego Lins. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 294-300, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/yyFvhfwbQ6PNZq5T54bBs6B/#>. Acesso em: 24 out. 2023.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, 2009. Disponível em: . Acesso em: 04 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 41**, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 25 out. 2023.

MONTEIRO, M. C. *et al.* A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 81, p. 314-329, 2015. Disponível em: https://www.innerpsicologia.com.br/arquivos/ARTIGO_FINAL_PSIARG.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2023.

MONTEIRO, R.S. F.; SILVA JUNIOR, A. G. da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, v.27, n.1, p.86-97, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019271290.

MOREIRA, M. Ad. D. M. *et al.* Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. **Revista Bioética**, v.25, n.1, p.168-178, 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017251178.

NUNES, E. C. D. A.; SOUSA, J. De O. Limitação do suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 554-562, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/cMztV8cnFKGbMHhMgFfdyGj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 19 set. 2023.

PAZINI, Débora de Souza; DEMUNER, Pâmela de Souza Dias; DAMACENO, Felipe Graga. Cuidado Paliativo na Atenção Domiciliar: relato de caso de um paciente oncológico residente em Governador Valadares, MG. *In*: II CONGRESSO CAPIXABA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2, 2020, Governador Valadares. **Anais Congr Capixaba Med Fam Comunidade**. 2020, p. 100. Disponível em:

https://ojs.acmfccapixaba.org.br/accmfc/article/view/100. Acesso em: 07 nov. 2023.

PEGORARO, Martha Maria De Oliveira; PAGANINI, Maria Cristina. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 699-709, 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/bioet/a/yHcNTcvdcw6wQp8rPRKrQjK/?format=pdf. Acesso em: 19 set. 2023.

RIBEIRO, Júlia Rezende; POLES, Kátia. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 3, 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rbem/a/sqGJCJcSsC5mbKZkRHHfnNm/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

ROCHA, Juraci Aparecida; LIMA, Débora Carneiro. Suporte avançado de vida sob a ótica dos cuidados paliativos. **ResearchGate**, São Paulo, n.2, p. 21-32, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/JuraciRocha/publication/337973586_Suporte_Avancado_de_Vida_sob_a_Otica_dos_Cuidados_Paliativos/links/5df8abab299bf10bc3613f43/Suporte-Avancado-de-Vida-sob-a-Otica-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acesso em: 24 out. 2023.

VANE, Matheus Fachini; POSSO, Irimar de Paula. Opinião dos médicos das Unidades de Terapia Intensiva do Complexo Hospital das Clínicas sobre a ortotanásia. **Revista Dor**, v.12, n.1, p.39-45, 2011. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-580968>. Acesso em: 19 nov. 2023.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE NOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS: PRESENÇA DA FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA

Benjamin Sauer¹
Caroline Faitão¹
Diandro Amaral¹
Marina Oppermann Schneider¹
Rafael Patzer¹
Rafaella Carlexo¹
Vítor Gabriel Menin¹

RESUMO

O sigilo profissional refere-se à proteção das informações obtidas em função do ofício, regulamentado pelo código de ética de cada profissão. No caso da medicina, tem origem no Juramento de Hipócrates e é regido pelo Código de Ética Médica, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos pacientes, conforme a Constituição de 1988. Diante da importância da privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos, a ética médica deve estar aliada a formação médica, visando atrelar a capacidade estabelecer um vínculo de sigilo entre o médico e o paciente. A privacidade é crucial para os processos diagnósticos e terapêuticos e vem enfrentando desafios na atualidade pelo extenso uso da tecnologia e telemedicina, sendo assim, é papel do médico ter o senso crítico para proteger a confidencialidade do paciente de modo a minimizar prejuízos na relação médico-paciente. Dessa forma, o seguinte trabalho trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica acerca da relação entre a privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos por meio da fundamentação bioética.

Palavras-chave: sigilo profissional; privacidade; confidencialidade, médico; paciente, fundamentos bioéticos.

1 INTRODUÇÃO

A bioética em seu contexto inicial, foi caracterizada como "o reconhecimento de obrigações éticas não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos", essa descrição ocorreu em 1927 pelo teólogo alemão Fritz Jahr (Martins-Costa, 2008). No âmbito médico, o conceito de direito à privacidade se relaciona muito com o tema, sendo exemplificado

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

por alguns autores como a possibilidade do paciente designar quando, como, e até que ponto, a informação por ele relevada pode ser exposta (Loch, 2003).

O sigilo, regulado pelo código de ética médica, para os profissionais dessa área, diz respeito ao ato de manter em segredo as informações reveladas ao médico, e seu descumprimento se configura como crime perante o código penal. Isso é de extrema importância, visto que a confidencialidade se configura como um preceito tradicional da profissão médica, indicando a necessidade de guardar informações reveladas por terceiros, exercendo papel fundamental na relação médico-paciente a ser desenvolvida (Villas-Bôas, 2015).

O fator de confidencialidade e privacidade, no ambiente clínico, permite ao profissional médico a criar certo vínculo com o paciente, e dessa forma fazer com que sejam compartilhadas informações relevantes durante a consulta, sejam elas ditas pelo próprio indivíduo ou no momento do exame clínico (Loch, 2009). Porém, é importante demonstrar também, que existem situações as quais rompem com o ideal de não exposição do paciente, essas são permitidas, desde que haja de acordo com o que é previsto pelas leis. Alguns casos podem ser exemplificados como quadros emergenciais, ou situações que podem colocar em risco a vida do paciente ou de terceiros (Salles, 2023).

No momento atual, é vivenciado um período de difícil cumprimento desses ideais, isso porque o acesso ao meio tecnológico causa comprometimento do segredo de informações, que por vezes, são compartilhadas em redes sociais podendo ser facilmente violadas (Kahn, 2020). Por conta disso, se vê necessidade em demonstrar desde a graduação, a importância de saber lidar com essas situações, e agir de maneira eticamente correta, para evitar qualquer tipo de lesão jurídica por vazamento de dados e desrespeito ao paciente em questão.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido foi realizado através de buscas online nas plataformas UpTodate, Scielo e PubMed. A metodologia utilizada constitui uma revisão bibliográfica com artigos publicados entre 2009 e 2023 com 11 referências selecionadas através da sua correspondência com o tema proposto e baseados em um viés crítico de debate. Ainda, foram utilizados como referência à Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o Código Penal de 1940.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Sigilo Profissional

Segundo o dicionário da Oxford Languages, o termo sigilo, ou segredo, se refere a uma "coisa ou fato que não se pode revelar ou divulgar". O sigilo profissional se trata da manutenção sigilosa das informações obtidas por um indivíduo em função de seu ofício ou profissão. Ele é geralmente regulado pelo código de ética de cada profissão, levando em conta as

particularidades de cada uma. No caso da profissão médica, o sigilo tem origem no Juramento de Hipócrates e, atualmente, é regulamentado pelo Código de Ética Médica (CEM), publicado na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n° 2.222/2018 e 2.226/2019. A intimidade e sigilo de dados e comunicações são direitos invioláveis garantidos pela Constituição Federal de 1988. A quebra deste sigilo caracteriza crime segundo o Artigo 154 do código penal, o qual diz: "Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem". O sigilo deve ser mantido mesmo em casos nos quais os pacientes sejam menores de idade (desde que tenham capacidade de discernimento), quando empresas seguradoras ou empresas que empreguem o paciente peçam informações e na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Assegurar o sigilo do paciente é um ato de respeito a sua autonomia, deixando-o escolher os fatos a serem revelados a outros indivíduos, assim garantindo que ele possa manter privadas escolhas, resultados de exames, diagnósticos e sua imagem. O paciente, geralmente, não abre mão de suas informações sigilosas voluntariamente, mas, se apresenta em uma situação em que isso se faz necessário. Sendo assim, o sigilo profissional é o que respalda a relação médico-paciente. Ele é dever do profissional e direito do paciente. (Villas-Bôas, 2015).

3.2 Confidencialidade e Privacidade

Qualquer informação relacionada às interações e relações entre médico e paciente são confidenciais (Salles, 2023). A privacidade do paciente e de seus dados médicos são asseguradas tanto pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde quanto pela Constituição Brasileira de 1988 pois a violação dessas informações trariam consequências pessoais e sociais. Atualmente, pelo avanço da medicina, tecnologia e pesquisa científica, a proteção dessas informações se torna ainda mais indispensável e mais difícil de ser praticada (Carvalhal *et al.*, 2017).

A base da confidencialidade/privacidade é pautada na confiança da relação diante da fragilidade humana para que não haja relutância por parte do paciente em expor a sua realidade. Essa relação privativa proporciona um maior sucesso diagnóstico e terapêutico (Salles, 2023). Sendo assim, as faculdades de medicina no Brasil introduziram na grade curricular o ensino sobre a ética médica que, apesar de auxiliar os médicos recém formados ainda é insuficiente para abordar toda a humanização e ética dos processos de atendimento ao paciente em um contexto de constante evolução que construiu novas situações a serem abordadas (Yamaki *et al.*, 2014).

Apesar de todos os esforços para superar os novos desafios advindos dessa evolução, um estudo prospectivo transversal concluiu que mais de 72% dos alunos possuem um conhecimento insatisfatório sobre o tema. A principal diferença apontada entre os alunos do estudo foi a leitura, fora do horário de aula, de algum documento que abordasse questões éticas (Yamaki *et al.*, 2014).

3.3 Exceções à Confidencialidade

Durante a antiguidade, era previsto ao profissional médico a impunidade jurídica, conceito o qual não se manteve com o decorrer dos anos. Isso porque com as transformações sociais foi necessário intervenções para um respaldo jurídico tanto aos médicos como a seus pacientes, que desejavam uma relação confiável e privada com seu médico (Salles, 2023).

Atualmente, o Conselho Federal de Medicina prega total respeito ao Código de Ética Médica e aos tópicos ali descritos, incluindo a necessidade de sigilo e respeito à privacidade do paciente. Contudo, são previstas exceções, as quais podem ser julgadas por "motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente" (artigo 73, capítulo IX). O termo "justa causa", quando definido na França, refere-se a algo relevante, uma concepção necessária, assim justificando o rompimento da confidencialidade, e tornando público dados pertencentes ao paciente (Salles, 2023).

Alguns casos, em que ocorrem exceções, fazem referência a indivíduos portadores de transtornos mentais, que possam debilitar suas faculdades mentais, e pôr em risco a sua e /ou a vida de terceiros. Exemplos dessas situações e de "justa causa" podem ser:

- a) "a grande e séria possibilidade de dano físico e/ou psicológico à saúde e integridade de um paciente e/ou de outras pessoas" [..]
- b) "quadros clínicos emergenciais"

No âmbito da interação entre profissionais de saúde e pacientes, é essencial que o médico esclareça as restrições legais, clínicas e éticas relacionadas à manutenção da confidencialidade. (Middleman, 2023, tradução nossa).

As situações que competem aos médicos relatar são, situações de abuso seja ele, emocional, sexual ou físico; ideação ou tentativa suicida, é necessário nessa situação, gerar conforto e manter este seguro até que o estado suicida diminua; infecções sexualmente transmissíveis, devem ser comunicadas aos departamentos de saúde pública, visto que são doenças transmissíveis. (Middleman, 2023, tradução nossa). Ademais, o médico tem a responsabilidade de relatar situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes (Santos *et al.*, 2012).

3.4 Perspectiva Ética

A privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos são essenciais para uma boa prática da medicina (Kahn, 2020). No consultório médico, a preocupação com a privacidade do prontuário tem se tornado cada vez mais evidente, seja no espaço da medicina tradicional, seja no espaço da telemedicina (Kaplan, 2020). (Roden *et al.*, 2023), vai além, e considera, também, até que ponto os familiares dos pacientes devem ou não conhecer a história clínica de seu familiar, sobretudo em se tratando de pacientes adolescentes.

Segundo Roden *et al.* (2023), dentre os diversos aspectos do cuidado à saúde se destaca a privacidade com relação aos atendimentos com o público adolescente, que em sua maioria costumam apresentar-se à consulta acompanhados de pais, por vezes conservadores, capazes de contestar o acesso à educação em saúde, como informações sobre relação sexual segura. (Jackman, *et al.*, 2023), considera ainda a perspectiva ética em relação aos adolescentes vivendo com HIV (vírus da imunodeficiência humana), na qual observou-se que pais que conheciam o diagnóstico do filho auxiliaram na adesão ao tratamento com antirretrovirais, sendo importante para o desfecho clínico destes pacientes.

Sob outra perspectiva, segundo Kahn (2020), no pronto socorro a capacidade de manter a privacidade e confidencialidade do paciente ficam prejudicadas pela superlotação e muitas vezes pelo atendimento primário ocorrer em locais como leitos nos corredores. Ainda segundo o autor, muitos profissionais de saúde compartilham informações sobre pacientes em redes de mensagem instantânea, com o objetivo de definirem uma conduta, o que favorece o comprometimento do sigilo das informações do paciente, visto que as mídias sociais são passíveis de hackeamento.

Por fim, é possível observar que a privacidade e confidencialidade dos pacientes é um grande desafio na prática clínica, necessitando de grande capacidade bioética, que deve ser desenvolvida pelos estudantes de medicina desde a graduação (Kahn, 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar como o médico constrói a relação privativa médico-paciente seguindo os conceitos éticos, já que a consolidação de um vínculo de confiança entre esses dois indivíduos possibilita um maior sucesso terapêutico e diagnóstico. É preciso compreender como a quebra da privacidade e confidencialidade pode acarretar malefícios para o paciente, mesmo que assegurado pela lei algumas exceções para realizar essa quebra, o médico deve saber usar o seu senso crítico de forma que consiga agir com cautela, entendo a individualidade do paciente e tentando compreender qual seria a conduta mais benéfica a partir dos termos éticos. Ao agir como um ser ético, o médico ajuda seu paciente e o enxerga por completo, entende suas fragilidades e decide de forma coesa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm]. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 20 nov. 2023.

CARVALHAL, G. F. *et al.* Recomendações para a proteção da privacidade do paciente. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 39–43, jan. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/i/bioet/a/fLbrpnxYkC3wP9CvVWWN9qq/. Acesso em: 05 out. 2023.

JACKMAN, K. P. *et al.* Patient Portal Privacy: Perspectives of Adolescents and Emerging Adults Living with HIV and the Parental/Guardian Role in Supporting Their Care. **Applied Clinical Informatics**. v. 14, p. 752-762. Disponível em: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-177268. Acesso em: 15 nov. 2023.

KAHN, J. H. Confidentiality and Capacity. **Emergency Medicine Clinics of North America**. v. 38, p. 283-296, 2020.Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733862720300031?via%3Dihub. Acesso em: 15 nov. 2023.

LOCH, J. A. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. **Revista Bioética,** v. 11, n. 1, p. 51-64, out. 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/149/153. Acesso em: 15 nov. 2023

MARTINS-COSTA, J.; MÖLLER, L. L. Bioética e responsabilidade. **Grupo GEN**, 2008. E-book. ISBN 978-85-309-5606-6. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-309-5606-6/. Acesso em: 21 nov. 2023.

MIDDLEMAN, A. B.; OLSON, K. A. Confidentiality in adolescent health care. **Uptodate**, 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/confidentiality-in-adolescent-health-care?search=Exce%C3%A7%C3%B5es%20%C3%A0%20confidencialidade&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H7. Acesso em: 20 nov. 2023.

RODEN, R. C. *et al.* Privacy, parental consent, and relational autonomy. **Journal of adolescent health**, v.73, p. 616-617, 2023. Disponível em: https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(23)00369-5/fulltext. Acesso em: 15 nov. 2023.

SALLES, A. A.; CASTELO, L. Privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos: presença da fundamentação bioética. **Revista Bioética**, v. 31, p. 3340, 2023. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3340/3101. Acesso em: 06 out. 2023.

SANTOS, M. F. *et al.* Limites do segredo médico: uma questão ética. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 10, n. 2, p. 91-101, 2012. Disponível em: https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/413/391. Acesso em: 20 nov. 2023.

VILLAS-BÔAS, M. E. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 513–523, dez. 2015. Disponível em:

https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1098. Acesso em: 20 nov. 2023.

YAMAKI, V. N. *et al.* Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. **Revista Bioética (Impr.)**. v. 22 p. 176-181, 2014. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/bioet/a/C7yVqd5CHK3nWKFtstg4yYD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 06 out. 2023.

REFLEXÕES ÉTICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PACIENTES COM HIV

Carla Maria Frosi Cervo¹
Debora Bauels Adames¹
Eduarda Lorenzi¹
Flávia Cesca Antonioli¹
Maria Luiza Lodi¹
Mariana Giuliani¹
Vitória Provin Fiaccadori¹

RESUMO

A síndrome da imunodeficiência humana (HIV) é uma infecção sexualmente transmissível que ainda cursa com muito preconceito social e isso, infelizmente, prejudica o tratamento devido à vergonha e medo do diagnóstico. O presente artigo apropriou-se de produções obtidas na plataforma Google Acadêmico, PubMed e UpToDate, assim como, capítulo de livros para fazer uma revisão e descrever as questões gerais do HIV e do código de ética médica, sigilo profissional e a ética. O objetivo é reforçar a importância da informação e quebra de paradigmas do vírus da imunodeficiência humana (HIV) para que, decorrente da normalização da doença, ela possa ser controlada com a prevenção e tratamento adequado aos doentes. Define-se AIDS como qualquer indivíduo infectado pelo HIV com células T CD4+ menores que 200/µL e a transmissão do HIV é principalmente por via sexual (mais comum a transmissão heterossexual). pelo sangue/hemocomponentes e pelas mães infectadas aos seus filhos nos períodos intraparto e perinatal ou durante o aleitamento materno (Fauci; Lane, 2017). O receio do estigma, preconceito e discriminação impedem que muitas pessoas, vivendo com HIV/AIDS, procurem os serviços de saúde. A abordagem ética, por parte do profissional da saúde em relação ao HIV/AIDS, é fundamental para promover a dignidade, a igualdade e o respeito pelos direitos humanos, já que, é essencial para assegurar a qualidade de vida e promover a equidade no atendimento às pessoas afetadas por essa condição.

Palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida; ética; sigilo médico.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a UNAIDS Brasil, 39 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo em 2022. Ou seja, sua prevalência acarreta na necessidade de maior informação populacional sobre

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

a transmissão, cuidados, tratamento, mortalidade e prevenção. Com isso, é importante entender que a doença é desencadeada por um vírus, da classe retrovírus, que ataca o sistema imunológico e atinge os linfócitos TCD4. Algumas características específicas que devem ser consideradas são que o período de incubação é prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença; desenvolve Infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (Brasil, 2022). Logo, o diagnóstico de doenças causadas pela imunodeficiência deve gerar a possível suspeita de infecção com o HIV.

Por se tratar de uma infecção sexualmente transmissível que no passado causou milhares de mortes, ainda cursa com muito preconceito social e isso infelizmente prejudica o tratamento devido a vergonha e medo do diagnóstico. Entretanto, na atualidade, o tratamento da doença evoluiu e é capaz de suprimir a carga viral possibilitando uma vida normal aos portadores.

Com isso, o objetivo deste artigo é reforçar a importância da informação e quebra de paradigmas do vírus da imunodeficiência humana (HIV) para que, decorrente da normalização da doença, ela possa ser controlada com a prevenção e tratamento adequado aos doentes, além de enfatizar o dever ético dos profissionais de saúde para com esses indivíduos.

2 METODOLOGIA

A pesquisa da qual resultou esse trabalho, teve como objetivo então fazer apontamentos que reforçam a importância da informação e quebra de paradigmas do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e do papel ético dos profissionais de saúde para com esses indivíduos. Trata-se de uma revisão de literatura, com análise qualitativa e de conteúdo, a qual se utilizou do livro clínico Medicina Interna de Harrison para explicar um pouco da história, etiologia e patologia da doença. Além disso, o presente trabalho também se apropriou de artigos obtidos na plataforma Google Acadêmico, Scielo, PubMed e UpToDate para fazer uma revisão e descrever as questões gerais do HIV e do código de ética médica, sigilo profissional e a ética com os pacientes portadores de HIV.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi reconhecida pela primeira vez nos EUA no verão de 1981 (Fauci; Lane, 2017). Em 1983, o vírus HIV, foi isolado de um paciente com linfadenopatia e, em 1984, ficou comprovado que este vírus era o agente etiológico da Aids (Fauci; Lane, 2017). Em 1985, os pesquisadores criaram um ensaio imunossorvente ligado à enzima (ELISA) sensível, o qual permitiu avaliar o alcance e a evolução da epidemia de HIV, primeiro nos EUA e em outros países desenvolvidos e após nos países em desenvolvimento de todas as regiões do mundo (Fauci; Lane, 2017).

A definição de Aids é feita por um sistema de classificação dos CDC para adolescentes e adultos infectados, essa classifica os indivíduos pelas afecções clínicas associadas à infecção pelo vírus e nas contagens de linfócitos T CD4+, ou seja, qualquer indivíduo infectado pelo HIV com células T CD4+ menores que 200/µL, possui Aids por definição (Fauci; Lane, 2017). É a fase da infecção que o sistema imunológico está seriamente deteriorado, tornando a pessoa vulnerável a infecções e cânceres relacionados a infecções, também chamadas de doenças oportunistas (Unaids, 2023).

O agente etiológico da Aids é o HIV, pertencente à família dos retrovírus humanos e à subfamília dos lentivírus, que pertence à dois grupos diferentes, o grupo dos vírus linfotrópicos T humanos HTLV-I e HTLV-II e o grupo da imunodeficiência humana HIV-1 e HIV-2, a causa mais comum da doença é causada pelo HIV-1 (Fauci; Lane, 2017). Os grupos da imunodeficiência humana (HIV-1 E HIV-2) foram originados, provavelmente, da transferência diferenciada aos seres humanos a partir dos reservatórios dos primatas não humanos. (Fauci; Lane, 2017). O vírus do HIV é de RNA que possui a transcrição reversa em DNA pela enzima transcriptase reversa a qual transcreve o RNA viral em DNA proviral (Fauci; Lane, 2017; Cachay, 2023).

O DNA proviral adentra o núcleo da célula T do hospedeiro e se integra ao DNA do hospedeiro (Cachay, 2023). Logo após, a célula do hospedeiro produz RNA e proteínas de HIV, as quais são agregadas aos vírions e enviadas à superfície da célula (Cachay, 2023).

"A protease do HIV cliva as proteínas virais, convertendo o vírion imaturo em maduro, o vírus infeccioso." (Cachay, 2023).

A transmissão do HIV é principalmente por via sexual. Sendo considerado uma IST, o HIV foi demonstrado no líquido seminal, nos esfregaços do colo uterino e na secreção vaginal, mas o maior risco de transmissão é por relações anais passivas sem proteção, tanto entre homens como entre as mulheres, pois o coito anal pode propiciar duas modalidades de infecção a inoculação direta no sangue, quando existem lacerações traumáticas da mucosa e a infecção das células-alvo suscetíveis da camada mucosa, na ausência de traumatismo (Fauci; Lane, 2017).

Estudos realizados nos EUA e na Europa mostraram que a transmissão do HIV é mais eficiente do homem para a mulher do que na via contrária, que a coexistência de outras ISTs estava diretamente associada à transmissão do HIV, já que existe a associação entre ulcerações genitais e transmissão devido a suscetibilidade à infecção e à infectividade (Fauci; Lane, 2017). A transmissão é aumentada nos estágios precoces e avançados da infecção pelo HIV, já que as concentrações de HIV no plasma e nas secreções genitais estão mais elevadas (Cachay, 2023).

O HIV pode ser transmitido por meio de transfusões sanguíneas ou de hemocomponentes ou ainda por meio de transplantes de tecidos contaminados, bem como indivíduos expostos ao HIV que compartilhando utensílios perfurantes, para esse não é necessário punção intravenosa, mas as injeções subcutâneas ou intramusculares já são o suficiente para a transmissão (Fauci; Lane, 2017). Algumas estimativas sugeriram que >90% dos indivíduos expostos aos hemocomponentes contaminados adquiriram a infecção, nos países

mais pobres o vírus continua a ser transmitido por sangue, hemocomponentes e tecidos contaminados, já que há grande número de doações sanguíneas testadas inadequadamente para HIV (Fauci; Lane, 2017). O HIV transmitido por transplante de órgãos de doadores soropositivos é raro. A infecção ocorreu em transplantes os quais todos os órgãos possuíam sangue, mas a triagem para HIV reduziu significativamente o risco de transmissão (Cachay, 2023).

A transmissão do HIV pode ocorrer por meio de inseminação artificial com espermas de doadores portadores do vírus (Cachay, 2023). No início dos anos de 1980, antes da triagem ser introduzida, alguns casos de infecção ocorreram (Cachay, 2023). A lavagem de esperma é considerada um método eficaz para reduzir o risco de transmissão na inseminação (Cachay, 2023).

Existe, mesmo que pequeno, um risco ocupacional de transmissão do HIV aos profissionais da saúde e aos técnicos de laboratório.

"O risco de transmissão do HIV após penetração na pele de um instrumento médico contaminado com sangue infectado é de cerca de 1/300, em média, sem profilaxia antirretroviral pós-exposição" (Cachay, 2023).

O risco é reduzido, após a profilaxia imediata, para menos de 1/1.500 (Cachay, 2023). O risco aumenta no caso de lesão profunda, lesão com sangue inoculado, acidentes com agulhas com luz e nas punções arteriais e venosas (Cachay, 2023). Quase todas as feridas por punção e as exposições das mucosas dos profissionais de saúde ao sangue de pacientes HIV-positivos são tratadas profilaticamente com antirretrovirais (Fauci; Lane, 2017).

O HIV pode ser transmitido ao feto durante o primeiro ou segundo trimestre de gestação, mas a transmissão materna para o feto ocorre mais comumente no período perinatal (Fauci; Lane, 2017). Alguns estudos mostraram que o uso dos esquemas abreviados de zidovudina administrados à mãe durante as últimas semanas de gestação ou mesmo apenas durante o parto, como ao neonato durante uma semana ou menos, reduziu a transmissão para o recémnascido em comparação com o placebo (Fauci; Lane, 2017). Existe também o risco pelo aleitamento materno, o risco geral de transmissão por meio de amamentação é de aproximadamente 14%, os riscos não estão totalmente elucidados, mas há fatores que aumentam a probabilidade de transmissão, os quais incluem níveis detectáveis do HIV no leite materno, presença de mastite, contagens maternas baixas das células TCD4+ e deficiência materna de vitamina A (Fauci; Lane, 2017; Cachay, 2023).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a não amamentação e o tratamento da mãe com antirretrovirais durante toda a gestação e, se orientado pelo médico, também no parto, juntamente com um antirretroviral em xarope para o recém nascido, o qual deve ser acompanhado no serviço de saúde (Ministério da Saúde, 2023).

A principal característica da doença causada pelo HIV é a imunodeficiência profunda, resultante das deficiências quantitativa e qualitativa progressivas de baixa quantidade de linfócitos T (Fauci; Lane, 2017). Pacientes com baixos níveis de linfócitos T CD4+ tem o risco elevado de desenvolver doenças oportunistas (Fauci; Lane, 2017). As células T CD4+ em

repouso "parcial" e as ativadas funcionam como amplificadores iniciais da infecção, sendo que as ativadas produzem maiores quantidades de vírus (Fauci; Lane, 2017).

Entre 2 e 4 semanas depois da infecção pelo HIV, você pode se sentir doente, com sintomas similares aos da gripe. Essa fase é denominada síndrome retroviral aguda (ARS) ou infecção HIV primária, e é a resposta natural do corpo à infecção por HIV. No entanto, nem todo mundo desenvolve ARS - e algumas pessoas podem não apresentar os sintomas (UNAIDS, 2023)

Podendo apresentar sinais e sintomas constitucionais ou desenvolver subitamente uma doença oportunista sem sintomas premonitórios, os pacientes infectados não tratados têm suas células T CD4+ reduzidas progressivamente, podendo chegar à zero, evoluindo para a forma mais grave de imunodeficiência e geralmente sucumbem às infecções oportunistas ou às neoplasias (Fauci; Lane, 2017). Contudo como tratamento antirretroviral eficaz a sobrevida dos indivíduos infectados aumentou, hoje um paciente de 20 anos infectado pelo HIV tratado adequadamente tem uma sobrevida de 50 anos (Fauci; Lane, 2017).

Com o aumento da sobrevida dos pacientes infectados pelo HIV, verificou-se que algumas complicações clínicas, até então desconhecidas, estavam relacionadas à doença causada pelo vírus e que essas também estavam relacionadas à ativação imune e à inflamação crônica (Fauci; Lane, 2017). Essas complicações incluem doença cardiovascular por disfunção das células endoteliais, fragilidade óssea, determinados tipos de câncer, disfunção imune persistente, diabetes, doenças renais e hepáticas e disfunção neurocognitiva que, em conjunto compõem um estado de envelhecimento acelerado (Fauci; Lane, 2017).

3.2 Ética Médica

A prática ética inicia-se desde o primeiro dia da formação médica, sendo um valor primordial e intrínseco da medicina. Tendo em vista disto, o manejo cuidadoso e livre de preconceitos norteiam a relação médico-paciente, criando um ambiente de confiança mútua, o que permite uma abordagem mais precisa e humanizada, otimizando a abordagem médica (Vega-Hurtado., 2020). Então, a relação médico-paciente, moralmente guiada "é capaz de impactar positivamente a qualidade de vida desses pacientes, uma vez que contribui para um melhor entendimento clínico e, consequentemente, para a correta instituição do tratamento, resolvendo o problema do usuário e conferindo-lhe bem-estar" (Lins *et al*, p.1., 2022). Assim, um paciente com vulnerabilidades clínicas e sociais, como os portadores de Aids/HIV, apenas se beneficiariam com profissionais que seriam capazes de minimizar as dúvidas, medos e inseguranças (Succi, 2003).

Os profissionais de saúde tendem a focar apenas em aspectos médicos da infecção, como resultados de testes, relatórios de exames, prescrições e classificações de doenças, e, muitas vezes, esquecem das perspectivas e experiências das pessoas afetadas. Por outro lado, para os pacientes, as consequências físicas e emocionais ao receber o diagnóstico são

moldadas pelo ambiente, relacionamentos e desempenham um papel crucial na forma como buscam tratamento. A jornada terapêutica deles implica atravessar vários cenários e elementos de cuidado, uma trajetória moldada pela singularidade de cada situação que enfrenta (Smiderle *et al.*, 2023).

O médico, mantendo seu papel essencial como curador de enfermos e protetor da sociedade, assume também a função de moderador de tensões. Nesse contexto, passa a tomar decisões sobre quando as reivindicações individuais dos pacientes devem prevalecer e em quais circunstâncias os interesses da sociedade devem ser prioritários. Contudo, a prática de considerar a opinião dos pacientes ao decidir sobre procedimentos médicos ainda não está integrada de maneira consistente na profissão médica. Este desafio não é exclusivo do Brasil, como indicado por um estudo realizado no Caribe em 1995, onde apenas 47,7% dos alunos de Medicina concordaram que o teste anti-HIV deveria ser realizado com o consentimento do paciente (Succi *et al.*, 2003).

Os portadores de AIDS, devido ao histórico cultural e preconceituoso, são pessoas que se encontram fragilizadas diante da sociedade e de si mesmos. Partindo do princípio da alteridade, a qual afirma que só é possível trabalhar com a diferença se houver o reconhecimento do outro em toda a sua pluralidade, se torna pertinente que os profissionais de saúde exerçam o papel de cuidador, o qual é, manejar adequadamente a doença e seus sintomas. Mas também, deve tranquilizar sua trajetória vulnerável, possibilitando a intervenção eficaz no sentido de tentar dissociar a doença dos seus estereótipos. Logo, para o tratamento ser eficaz é necessário trabalhar as instituições (igreja, família, Estado) e não somente a pessoa individualmente. Com isso, o tratamento adequado depende de responsabilidade, solidariedade, proteção, precaução, prudência, tolerância, comprometimento, justiça e alteridade em confluência dos profissionais envolvidos, do paciente e principalmente do compreendimento social (Gonçalves *et al.*, 2011).

3.2.1. Responsabilidade Profissional

O profissional médico, ao exercer sua profissão, deve seguir os princípios éticos que orientam sua atividade, garantindo a excelência na prática médica, e demonstrar comprometimento, integridade, valorização da vida e evitar qualquer situação que possa levar ao paciente sofrimento, dor, angústia ou perdas irreparáveis. Ademais, o profissional de saúde deve se esforçar constantemente para evitar causar ou minimizar ao máximo qualquer dano ao paciente, além de demonstrar total fidelidade ao seu paciente e aplicar todos os conhecimentos científicos disponíveis em benefício do mesmo (Netto et al., 2010).

O médico não deve realizar ações profissionais que possam prejudicar o paciente, como falta de habilidade, de previsão e de cuidado. A falta de habilidade ocorre quando o médico demonstra uma carência ou inadequação de conhecimentos técnicos da profissão em sua conduta. A falta de previsão é a incapacidade do médico de antecipar as consequências de suas ações ou atos. A falta de cuidado ocorre devido à ausência de precaução ou atenção na execução de certas ações (Netto et al., 2010).

3.2.2. Sigilo Profissional

A necessidade de manter informações em sigilo deve-se à existência de situações ou dados que devam permanecer em segredo para proteção das pessoas. O sigilo justifica-se pelo seu propósito funcional, uma vez que é essencial para que os profissionais de saúde possam desempenhar suas funções, já que, sem a garantia de confidencialidade, os pacientes podem hesitar em compartilhar informações úteis para o diagnóstico e tratamento adequado. A confidencialidade emerge como um elemento de extrema relevância na interação entre médico e paciente, já que a informação é encarada como um dos aspectos mais pessoais sobre um indivíduo. Dessa forma, as ações devem se basear igualmente em valores, princípios éticos e a moral pessoal. Assim, a relação entre médico e paciente envolve obrigações mútuas, e é igualmente importante que ambos respeitem os limites um do outro (Santos *et al.*, 2012).

Uma revisão integrativa consultou diversas publicações disponíveis em uma base de dados de literatura Latino-Americana e do Caribe, os quais incluíam estudos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. Dentro da temática "Confidencialidade do paciente" foram analisados cerca de 15 estudos mostrando diferentes posicionamentos sobre a manutenção da confidencialidade do resultado sorológico em pacientes com HIV. Em todos os artigos a maior preocupação estava relacionada aos limites entre manter o sigilo do diagnóstico e revelá-lo de modo a não causar constrangimento ao paciente. (Salvadori *et al.*, 2019). Como conclusão desse estudo, confirmou-se que o medo do estigma, do preconceito e da discriminação acaba por determinar o processo saúde-doença, porque diante desse sentimento as pessoas deixam de procurar serviços de saúde, de realizar testes anti-HIV e de aderir ao tratamento. Nesse contexto, o rompimento do sigilo além de violar o dever de manter segredo sobre informações obtidas durante a prática profissional, também reforça o medo do paciente de ser excluído socialmente (Salvadori *et al.*, 2019).

3.3. A Ética com os Pacientes Portadores de HIV

Com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida ou Aids), no início da década de 1980, em razão da lacuna na literatura, surgiram preocupações no mundo todo a respeito dessa doença (Levi *et al.*, 1992).

Diante disto, médicos levantaram alguns aspectos, os quais foram levados aos conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e Conselho Federal de Medicina (CFM) (Levi *et al.*, 1992).

O primeiro aspecto levantado dizia respeito à discriminação dos pacientes infectados pelo vírus HIV. Como a doença acabava de surgir, as pessoas isolavam os indivíduos infectados, pensando que assim evitariam a propagação da doença, o que se mostrou sem nenhuma fundamentação científica. Para evitar a propagação da doença, já conhecida pelos EUA, era a informação e orientação para toda a população, visando assim, reduzir o número de infecções. Para que isso fosse possível, era necessário maior quantidade de diagnósticos dos infectados, para que fossem orientados e para informar outras pessoas não infectadas sobre como evitar futuras contaminações. Para que isso se tornasse possível, no entanto, era necessário garantir

aos indivíduos que procurassem centros onde o diagnóstico era possível e onde não ficassem sujeitos a prejuízos graves de sua vida pessoal (Levi *et al.*, 1992).

O segundo aspecto abordado dizia respeito à relação médico paciente. Atribui-se que, o médico pode recusar atender um paciente em sua clínica particular, porém, é obrigado a atendêlo na falta de outro médico, em casos de urgência ou quando sua ação pudesse trazer danos irreversíveis ao paciente. O respeito ao paciente e a necessidade de informá-lo de maneira cuidadosa, quanto às suas condições e perspectivas, é obrigatório. O sigilo é obrigatório, ressaltando três exceções nas quais é lícita a ruptura do sigilo (Levi et al., 1992).

- 1. Por solicitação do próprio paciente, ou de seus responsáveis em circunstâncias em que esse considere do seu interesse o fornecimento do seu diagnóstico.
- 2. Notificação compulsória o médico é obrigado a seguir as normas estabelecidas pelas autoridades sanitárias.
- 3. Comunicantes sexuais (atuais ou futuros) ou membros de grupo de uso de drogas endovenosas.

O terceiro aspecto enfocado dizia respeito à situação e atuação de alguns tipos de instituições diante da Aids. Poderá a instituição recusar atendimento desde que efetivamente não disponha de recursos para tal, não se destine a esse específico tipo de atividade ou clientela e haja na localidade outro estabelecimento em condições de fazê-lo. Ressaltando que, em situações de urgência o atendimento é obrigatório. Neste aspecto também se ateve a necessidade de a instituição fornecer a seus funcionários informação acerca da doença e fornecer condições de trabalho apropriados. Os membros da equipe são obrigados ao sigilo. Os estabelecimentos voltados para atividades hemoterápicas, desde a aprovação da Lei Federal no 7.649, de 25 de janeiro de 1988, passou a ser obrigatória a realização de testes com a finalidade de evitar a transmissão de Aids, hepatite B, sífilis, malária e doença de chagas pelo sangue ou derivados. Recorda-se a necessidade de informar ao doador a realização desses exames previamente à coleta de sangue, por seus desdobramentos possíveis em face do encontrado. Para os estabelecimentos prisionais, foi constatado a inutilidade da adoção de medidas de identificação de portadores do HIV caso não se possa desenvolver atendimento subsequente adequado e que respeite a dignidade da pessoa (Levi et al., 1992).

O quarto aspecto enfocado dizia respeito aos problemas relativos à infecção pelo HIV no âmbito da medicina do trabalho. Conclui-se que não há justificativa técnica ou científica para a realização indiscriminada desse exame de triagem. Caso a empresa insista na realização da testagem, caberá ao médico a obrigação de só realizar o exame após informação e consentimento do funcionário, o resultado deve chegar às mãos somente do médico, que não pode, fornecer os resultados ao empregador e fornecer o resultado a cada indivíduo, em particular os positivos, explicando seu significado e orientando-o quanto aos procedimentos que poderão ser adotados (Levi et al., 1992).

Não obstante, os resultados e atribuições em relação aos aspectos entraram em vigor em 20 de maio de 1988, em todo o território nacional (Levi *et al.*, 1992).

Contudo, em 14 de fevereiro de 1992, médicos levantaram outros aspectos, os quais foram aprovados pelo CFM (Levi *et al.*, 1992).

Inicialmente, a pauta infecção pelo HIV e gestação foi levantada, pois foi constatada a possibilidade de cerca de 30% de transmissão para o filho. Considerou-se que o médico deve informar a mulher infectada dos riscos, porém, não pode impedi-la de ter um filho e nem poderá negar assistência futura a essa mulher (exceto nas situações já elucidadas). A interrupção da gravidez pela mãe ter HIV positivo não está na legislação. Também, inexiste base legal para a esterilização, mesmo que voluntária, de mulher ou homem HIV positivos (Levi *et al.*, 1992).

A testagem no pré-natal permitirá identificar candidatas aos benefícios terapêuticos disponíveis nos últimos anos e, talvez, reduzir o risco de transmissão para o feto e, permitirá maior atenção para diagnóstico precoce de transmissão vertical e eventual instituição de terapêutica para a criança, bem como orientação adequada quanto aos cuidados pós-natais para diminuir o risco de transmissão ao recém-nascido não infectado. No entanto, faz-se necessária a autorização, mesmo que verbal, para a realização desta prova (Levi et al., 1992).

Os aspectos éticos ligados ao final de vida de pacientes com Aids. Está claro na legislação a proibição da eutanásia ativa. Nem sempre a situação em relação à conduta do médico vai ser absoluta, com isso, é obrigatório que as opções de tratamento e seus possíveis resultados sejam discutidos com os familiares e com o paciente. O testamento em vida diz respeito somente aos recursos extraordinários (Levi *et al.*, 1992).

Os aspectos que dizem respeito à triagem sorológica de pacientes e médicos em ambiente hospitalar. A maioria dos especialistas defende considerar que o sangue e fluidos corporais de todo paciente podem ser potencialmente infectantes. Embora alguns defendam a triagem sorológica rotineira de paciente num hospital, alguns pontos colocam-se contra, como a falta de tempo para aguardar resultados, outras infecções além da Aids... No entanto, isso não é imposição científica, legal ou ética. A instituição que opta pela triagem sorológica dos pacientes deve estar ciente que ela deve ser voluntária, após informações quanto à sua finalidade, contudo, a recusa do exame não deve causar prejuízos à assistência do paciente (Levi et al., 1992).

Ainda não há muitos relatos de casos de transmissão de infecção pelo HIV por um médico infectado (Levi *et al.*, 1992). Com isso, deve ser considerado risco extremamente baixo, de 1/130.000 a 1/1.000.000 de procedimentos invasivos, havendo perigo maior nos procedimentos que envolvem manipulação cega de instrumentos cortantes nas cavidades do paciente (Levi *et al.*, 1992).

Por dever ético de não prejudicar o paciente, o médico que tenha risco, voluntariamente, pode realizar testes periódicos e se abster de realizar procedimentos de risco aumentado de transmissão (Levi *et al.*, 1992). Os limites de sua atuação devem ser estabelecidos de maneira individual, por uma análise conjunta da questão pelo médico infectado, seu próprio médico e pela Comissão de Controle de Infecção da instituição (Levi *et al.*, 1992).

Diante da evolução dos estudos acerca desta doença, periodicamente ocorrerá reavaliações do tema e revisões críticas das decisões já tomadas visando que, outros pareceres ampliem e aperfeiçoem decisões éticas (Levi *et al.*, 1992).

No que diz respeito ao tratamento e adesão a esse, são vistas inúmeras falhas nas condutas relacionadas ao sigilo, não só médico como num contexto social (Levi *et al.*, 1992).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que o paciente HIV positivo apresenta vulnerabilidades clínicas e sociais, o médico se torna uma figura importante no seu caminhar, já que a confiança no profissional médico e sua abordagem ética permitem que o paciente insista no tratamento e ganhe autonomia nas suas escolhas. Assim, a abordagem ética por parte do profissional da saúde em relação ao HIV/AIDS é fundamental para promover a dignidade, a igualdade e o respeito pelos direitos humanos, já que, é essencial para assegurar a qualidade de vida e promover a equidade no atendimento às pessoas afetadas por essa condição.

REFERÊNCIAS

AIDS/HIV. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv. Acesso em: 23/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids/HIV, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv. Acesso em: 19 out. 2023.

CACHAY, E. R. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%AAncia-humana-hiv/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%AAncia-humana-hiv. Acesso em: 24/11/2023.

ÉTICA E HIV/ AIDS. Uma epidemia que se sustenta. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/juventudes/arquivos-para-download/livro-eticaehivaids.pdf Acesso em: 22 set. 2023.

FAUCI, A. S.; LANE, H. C. **Medicina Interna de Harrison**. 18. ed. Porto Alege: AMGH, 2017. p. 1-1796.

HELENA, E. Ética e desconstrução do preconceito: doença e poluição no imaginário social sobre o HIV/Aids . **PUBMED**, **2011.** Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/24327. Acesso em: 18/11/2023.

Informações Básicas. Disponível em: https://unaids.org.br/informacoes-basicas/. Acesso em: 24/11/2023.

LINS, G. A. Reflexões éticas na atenção à saúde de pacientes com HIV, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422022303559PT. Acesso em: 24 out. 2023.

NETTO, A. L.; ALVES, M. R. Responsabilidade Médica. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 69, n. 2, p. 75-76. São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.rbojournal.org/article/responsabilidade-medica/. Acesso em: 20 set. 2023.

Prevenção a Transmissão Vertical. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prevencao-a-transmissao-vertical. Acesso em: 24 out. 2023.

SALVADORI, M. HAHN, Giselda V. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 154-161, Brasília, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/KBgtFgrfLDC34KdxYHrxvhF/?lang=pt&format=pdf Acesso em 24 out 2023.

SANTOS, M. de F. *et al.* Limites do Segredo médico: uma questão ética. **Revista De Ciências Da Saúde Nova Esperança**, v. 10, n. 2, p. 91-101, 2010. Disponível em: http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/413. Acesso em: 20 set. 2023.

SMIDERLE, C. de A. S. L.; FAVORETO, C. A. O. Desafios das práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde a pessoas que vivem com HIV. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 3218, 2023. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3218. Acesso em: 24 nov. 2023.

VEGA-HURTADO, C. Importance of doctor-patient communication strategies. **PubMed, 2020.** Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101564/. Acesso em 23 out. 2023.

TELEMEDICINA: ÉTICA MÉDICA E O MERCADO DE TRABALHO

Enzo Bonassi¹
Diego Sucolotti¹
Gustavo Liebgott¹
João Dannebrock¹
João Stankiewicz¹
Lucas Moresco¹
Tadeu Sieslevski¹

RESUMO

A tecnologia cibernética cresceu exponencialmente desde as últimas décadas. Os meios de comunicação por aparelhos móveis e a internet possibilitaram que milhões de pessoas se conectem simultaneamente. Isso abriu portas para que a medicina pudesse se dar dessa maneira, aumentando a íntima relação médico-paciente. A possibilidade de uma comunicação facilitada abriu caminhos para que diversas áreas e especialidades pudessem aumentar a participação ativa na saúde dos pacientes. A medicina preventiva que é extremamente preconizada nos dias atuais foi uma das que tiveram maior crescimento na telemedicina. Todavia, com o crescimento acelerado, as pautas éticas e morais envolvendo as consultas a distância tomaram rapidamente o debate entre os diversos profissionais que atuam na área, bem como a área jurídica assistente. A infinidade de dados e informações sigilosas que são lançadas diariamente por meio da telemedicina precisam ser cautelosamente guardadas e protegidas. A fidedignidade das informações prestadas tanto pelos pacientes como pelos profissionais da saúde precisam ter um padrão de qualidade mínimo. As dificuldades de realizar um exame completo sem o contato físico direcionado ao paciente. Esses problemas começaram a surgir logo ao advento da telemedicina e perduram até os dias de hoje. As discussões atuais questionam os limites e barreiras que a telemedicina precisa ter, e quando os riscos são maiores que os benefícios para o paciente e a telemedicina precisa ser cancelada e transferida para a modalidade convencional.

Palavras-chave: telemedicina; ética médica; sigilo; mercado de trabalho.

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as oportunidades de os médicos usufruírem dos recursos tecnológicos da comunicação aumentaram de forma grandiosa, principalmente após a pandemia causada pelo vírus *SARS-CoV-2*. A Telemedicina revolucionou a forma de atender e beneficiar os pacientes, trazendo resolutividade, por exemplo, aos casos que eram prejudicados pela distância do atendimento. Em suma, atualmente, não há mais como questionar se as tecnologias de comunicação irão fazer parte do futuro da medicina, mas sim entender como se dará esse processo.

A Telemedicina possui várias definições na literatura, algumas originárias dos anos 60, enquanto outras são mais modernas e se adaptam às tecnologias atuais e necessidades de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Telemedicina é a entrega de cuidados de saúde onde a distância desempenha um papel crucial, através do uso de tecnologias de informação e comunicação por profissionais de saúde. Essa abordagem envolve a troca de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, bem como pesquisa e avaliação para a melhoria da educação contínua dos prestadores de cuidados de saúde, tudo com o objetivo de avançar a saúde de indivíduos e comunidades.

Neste contexto, a Telemedicina não se limita apenas ao âmbito médico, mas representa a colaboração entre profissionais da saúde e da tecnologia, visando o desenvolvimento de atividades multifacetadas. Isso engloba a gestão, o planejamento, a pesquisa, a concepção e a criação de soluções educacionais, assistenciais e científicas em saúde, bem como aborda questões éticas e legais. Portanto, a Telemedicina não é simplesmente um conjunto de atividades multifuncionais, mas sim um domínio de atuação interdisciplinar.

Contudo, tendo em vista a importância da temática, surgem questionamentos sobre a forma com que é regulamentada a prática da Telemedicina e, além disso, como se dá o atendimento e a elaboração de uma boa prática médica. Logo, a fim de esclarecer isso, será discorrido sobre os principais pilares e estigmas que envolvem a prática da Telemedicina ao longo deste artigo.

2 METODOLOGIA

Analisou-se a declaração de Tel Aviv e artigos científicos presentes na plataforma Scielo, PebMed e Conselho Federal de Medicina, visando o levantamento de dados e informações sobre a aplicação da Telemedicina e sua regulamentação. Utilizou-se como critério artigos publicados após o ano de 2009 objetivando a discussão baseada em evidências sólidas e precisas.

3 DISCUSSÃO

3.1 Relação médico-paciente na Telemedicina:

A telemedicina é uma ferramenta com grande potencial, que se ministrada da forma correta e a partir de uma boa estrutura, é capaz de trazer grandes benefícios para a saúde dos pacientes. Como ponto principal, o uso da tecnologia fornece atendimento capacitado para comunidades remotas, que de outra forma ficariam à mercê de serviço infra capacitado ou completamente sem atendimento. Entretanto, além das usuais questões éticas envolvidas na medicina presencial, a telemedicina contempla outras complexas e polêmicas questões acerca da relação médico-paciente e da responsabilidade médica (França, 2009).

De início, vale abordar o papel da telemedicina na quebra da barreira do consultório médico. Com o uso da tecnologia e seu fácil acesso remoto, paciente e médico são aproximados, sendo capazes de conectarem-se em poucos "cliques". A proximidade virtual faz com que a saúde seja mais acessível em todos os momentos, de forma a aprimorar a relação entre paciente e médico, por meio do desenvolvimento de sentimento de conforto e segurança, sabendo que, se necessário, em questão de segundos o médico pode ser acessado (Maldonado *et al*, 2016).

Contudo, também pode ser argumentado que, apesar da facilidade e agilidade do atendimento na telemedicina, a qualidade pode ser questionável, visto certas limitações desse serviço. A comunicação verbal e não verbal é um aspecto fundamental da consulta médica, devido à sua importância no desenvolvimento da relação de confiança entre médico e paciente. Na modalidade online, a linguagem não é desenvolvida de forma tão natural, especialmente a não verbal, podendo assim comprometer em níveis variados o desenvolvimento da relação de confiança, podendo até levar à omissão de informações potencialmente importantes pelo paciente. Dessarte, entende-se como essa dinâmica é importante até mesmo para o raciocínio clínico, diagnóstico e tratamento, já que essas decisões são baseadas não apenas nos sintomas relatados pelo pacientes, mas também fundamentadas em outros substratos adquiridos a partir da comunicação e interpretação da linguagem corporal do paciente (Leite *et al.*, 2021).

Somado a isso, outra questão importante na telemedicina é a confidencialidade. Essa é especialmente problemática em duas vertentes da telemedicina: 1) consulta médico-paciente; 2) consultoria médico-médico. Na primeira, tendo em vista a problemática do desenvolvimento da relação de confiança citada anteriormente, entende-se como o paciente pode sentir-se receoso em compartilhar certas informações, temendo a transgressão da confidencialidade, a qual é facilitada pelos recursos online. Vale ainda destacar que esses temores dos pacientes são potencializados pela distância inerente ao atendimento à distância, mas também por não saber muitas informações - com exceção da formação técnica - sobre o profissional com o qual está procurando ajuda. Na segunda vertente, é ainda mais evidente como é facilitada a transgressão da confidencialidade, pelo grande compartilhamento por mídias digitais de informações sensíveis do paciente, e sua potencial disseminação para diversos outros indivíduos além do previamente consentido pelo paciente (França, 2009).

3.2 Responsabilidades

Tendo em mente as limitações e suas potenciais consequências desse método de atendimento, faz-se necessário atribuir responsabilidade para os profissionais médicos, com o

intento desses tomarem os cuidados necessários para garantir o melhor desfecho possível. Dessa forma, o médico que utiliza a telemedicina diretamente ao paciente, mesmo com seu consentimento esclarecido, não deixa de ser responsável pelos maus resultados advindos deste recurso, salvo casos em que não lhe foram fornecidas informações suficientes para uma opinião bem fundamentada. Da mesma forma, o médico que solicita de outro colega uma opinião fica responsável pela condução do tratamento e de outra qualquer decisão que venha a tomar na assistência do seu paciente

Cada vez mais vem sendo criadas tecnologias altamente sofisticadas para o auxílio médico. Tais recursos, em alguns casos, tem até mesmo desempenho superior ao da maioria dos médicos. Esse advento tecnológico traz consigo questões importantes acerca da responsabilidade médica, pois pode-se argumentar que o profissional da saúde então deveria ser obrigado a utilizar esses recursos, já que são regidos pelo princípio de "utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente". Mas ao mesmo tempo, atribuir tamanha parcela do trabalho médico a uma máquina parece perigoso, pelo risco de transformar o computador num especialista. Ainda nesse contexto, no caso de desfecho desfavorável ao paciente em detrimento de erro da tecnologia, quem é o responsável? O profissional médico então seria absolvido de qualquer responsabilidade quanto ao desfecho do paciente? Visto essas problemáticas, mesmo com o relativo atraso do Brasil na implementação de novas tecnologias no ambiente médico, faz-se importante discutir regras que possam balizar as questões que envolvem o uso da telemedicina, como no encaminhamento das decisões dos processos ético-administrativos nos Conselhos de Medicina.

Para uma adequada orientação ao paciente, é necessário que o diálogo entre as partes seja adequado e claro. Para tal, necessita-se que o paciente tenha algum grau de capacidade para manejar os instrumentos virtuais e para entender as perguntas médicas. Isso implica que o paciente consiga entender as perguntas e tenha discernimento sobre elas, pois o médico não estará presente fisicamente para ser mais ilustrativo como seria em uma consulta convencional.

Além disso, em uma consulta por telemedicina o exame físico, um dos pilares de uma consulta completa, é parcialmente negligenciado. Isso justifica o fato do paciente precisar ter algum grau de instrução adequado uma vez que as dúvidas que o médico tiver durante a anamnese não poderão ser sanadas pelo exame físico direcionado.

Portanto, cabe às entidades médicas e de divulgação estarem atentas às condições mínimas para se proceder uma telemedicina de qualidade, sendo o paciente o responsável pelas informações prestadas e ciente que estas serão usadas para manejar a posterior orientação.

Da mesma maneira que o paciente precisa ter muita responsabilidade para enviar informações fidedignas para o médico em telemedicina, o médico é o detentor da maior responsabilidade nesse meio, uma vez que a taxa de erro diagnóstico pode chegar a 40%. Por isso, mesmo o paciente consentindo e estando ciente dos riscos, o médico precisa estar apto para definir se o paciente possui ou não a capacidade de entender e responder as perguntas adequadamente. Ainda, cabe ao médico avaliar se a consulta precisa ser transferida para a modalidade presencial, quando as informações não foram suficientes para o manejo adequado.

Eticamente, o exame clínico na telemedicina precisa seguir todo o procedimento preconizado pelo Conselho Federal de Medicina. O prontuário deve ser preenchido com a identificação, dados clínicos, história detalhada, bem como condutas e avaliações. Não devem ser deixadas informações de lado. Cabe também ao médico a guarda desse documento por 10 anos em local seguro e protegido contra invasões e possível quebra de sigilo.

A pesquisa TIC saúde (2016) trouxe alguns dados sobre registro médico no prontuário em telemedicina. Os dados cadastrais eram os mais preenchidos, com 78%. Já para os dados clínicos, resultados de exames e condutas esse número cai para 50%, enquanto outros mais específicos apenas 23%.

A pesquisa TIC saúde de 2022 já mostrou alguns avanços na área de teleconsultas. A listagem de medicamentos prescritos ao paciente chegaram a marca de 85% preenchidos no prontuário eletrônico, igualando a história e avaliação clínica (85%). A imagem de exames radiológicos também chegaram a uma porcentagem muito maior que a de 2016, com 65%.

Segundo Rezende *et al.*, (2010), ainda há de se existir uma maior harmonia entre telemedicina, legislação e consenso profissional. O contato físico é algo primordial de uma medicina adequada, mas a telemedicina não é limitada a consultas médicas. A assistência à saúde, principalmente diminuindo o esgotamento das portas de entrada dos grandes serviços, é um dos pontos que a telemedicina auxiliaria relevantemente e que os profissionais deveriam estar preparados para exercer.

3.3 Sigilo e privacidade

Nos termos das normas éticas e jurídicas, o segredo médico engloba também determinadas informações que implicam uma obrigação moral e legal, fundamentada numa noção de ordem pública e interesse social. As regras que preservam a confidencialidade do paciente são igualmente relevantes no contexto da telemedicina. Qualquer informação sobre o paciente só pode ser compartilhada com um médico ou outro profissional de saúde caso haja autorização expressa do paciente ou de seus familiares, mediante o devido consentimento esclarecido. Além de que também é obrigação do profissional tomar todos os cuidados para o não vazamento de dados e informações no contexto da telemedicina. Pois, o direito à privacidade está presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos como "o direito de cada pessoa ao respeito de sua vida privada".

O sigilo médico vem ganhando algumas mudanças quando associamos a medicina moderna com as novas tecnologias, quando os sinais vitais de um paciente são enviados por meio da internet o quesito sigilo médico torna-se um pouco complexo. Por isso, é muito discutido atualmente acerca da privacidade do paciente em meio às tecnologias.

Vale lembrar, também, que por mais seguro que seja uma conexão *on-line*, sempre haverá riscos. Apesar de grandes avanços tecnológicos em questão de segurança virtual dificilmente se chegará a um nível capaz de oferecer integralmente a privacidade do paciente. Um temido risco associado a isso, é ter a vida controlada pela máquina, pois através do

armazenamento de informações podemos nos tornar vítimas das injúrias eletrônicas, com a possibilidade de ser manipulado por interesses dominantes, onde grupos privilegiados terão o poder de pressão sobre o segmento social mais fraco, através da mentira, da fraude e da ilusão.

Possíveis quebras de confidencialidade dos dados do paciente podem resultar em sérios danos morais aos indivíduos envolvidos. Portanto, é crucial prestar cuidadosa atenção no tratamento dessas informações, garantindo assim a segurança e integridade dos titulares.

3.4 Consentimento do paciente

Em decorrência da evolução tecnológica que abrange as grandes áreas da saúde, meios de comunicação e arquivamento de informações, torna-se cada vez mais necessário repensar a relação médico-paciente em certas questões, como por exemplo o consentimento do indivíduo o qual deve ser esclarecido, em linguagem acessível ao leigo - os riscos, e os aspectos éticos que estão relacionados ao ato médico e a forma como será desenvolvido esse ato, no caso, a telemedicina.

De acordo com o artigo 31 do Código de Ética Médica, o médico está proibido de realizar qualquer procedimento sem esclarecê-lo e sem obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal, exceto em situações de risco iminente de vida. Esse artigo demonstra o princípio da autonomia, no qual é garantido ao paciente o direito de escolha sobre as ações que serão efetuadas em relação ao seu quadro clínico, e, portanto, determinando legalmente a necessidade da obtenção do consentimento do paciente para realização de procedimentos. Preferencialmente, usa-se o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com esse intuito, visto que, segundo Oliveira, Pimentel e Vieira (2010) trata-se de um documento que tem como finalidade salvaguardar a independência dos pacientes, os quais confirmam estarem cientes acerca de suas circunstâncias, seja enquanto participantes de estudos clínicos ou quando submetem-se a intervenções médicas de natureza invasiva. Além disso, um dos diferenciais desse documento além de sua relevância no aspecto legal, é seu caráter de linguagem informal, o qual possibilita que os leigos sobre o assunto entendam as características, intenções e riscos envolvidos com o ato médico ao qual serão submetidos.

Além disso, tratando-se da telemedicina e suas regulamentações, o Conselho Federal de Medicina já publicou diversas normativas e resoluções com o intuito de nortear a prática médica nesse novo contexto. Dentre essas resoluções, vale ressaltar a n° 2.314/2022 que define e regulamenta a telemedicina no Brasil como uma forma de serviço médico, e, também, entre diversos outros aspectos dessa modalidade, estabelece que há a necessidade de autorização do paciente ou de seu representante legal para realização de consulta médica por meio desse formato, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.5 Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da Telemedicina

A Declaração de Tel Aviv foi adotada pela 51ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999. Tal declaração estabelece princípios éticos e diretrizes para a utilização responsável dessa tecnologia na prática médica, garantindo que a telemedicina seja usada de maneira segura e benéfica para os pacientes e profissionais de saúde. Ela tem sido um guia importante para o desenvolvimento e regulamentação da telemedicina em todo o mundo.

Além de diretrizes e normas, a Declaração também descreve os usos mais comuns da telemedicina no mundo de hoje. Começando com a teleassistência, é uma interação entre o médico e o paciente que se encontra em um meio onde não existe médico local, está isolado; segundo, a televigilância, é uma interação na qual informações médicas, como a pressão arterial, eletrocardiogramas, entre outros, são transmitidas eletronicamente ao médico, possibilitando o monitoramento regular do estado de saúde do paciente, sendo utilizado principalmente em pacientes com enfermidades crônicas; terceiro, a teleconsulta, seria o modelo de telemedicina mais usado nos tempos atuais, apenas um aparelho de telecomunicação e internet são necessários para que o paciente possa consultar com seu médico e resolver seus problemas, porém sem exames clínicos ou uma relação direta; por último, uma interação entre dois médicos, sendo um médico presente com seu paciente, e o outro, um médico competente no problema solicitado.

Ademais, a Declaração trabalha princípios que orientam a prática ética da telemedicina garantindo que essa modalidade de atendimento médico seja segura, eficaz e respeitosa com a confidencialidade e a privacidade dos pacientes, ao mesmo tempo que mantém a qualidade dos cuidados médicos. Os princípios se baseiam na relação médico paciente, responsabilidade do médico, responsabilidade do paciente, no consentimento e confidencialidade do paciente, qualidade da atenção e segurança na telemedicina, qualidade da informação, autorização e competência para utilizar a telemedicina, história clínica do paciente e formação em telemedicina.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, a Telemedicina representa uma evolução significativa na forma como os médicos prestam cuidados de saúde, aproveitando as tecnologias de comunicação para superar barreiras socioeconômicas e geográficas, e fornecer assistência médica de qualidade, mesmo em locais remotos. No entanto, esta transformação não está isenta de desafios e considerações éticas.

A relação médico-paciente na Telemedicina é complexa, pois envolve o desenvolvimento de confiança, tanto no médico como no método da telemedicina em si, e a comunicação eficaz, tendo em vista as limitações da interação virtual. A responsabilidade médica é fundamental, com médicos sendo responsáveis por garantir a qualidade do atendimento e tomar decisões informadas sobre o uso de novas tecnologias no auxílio médico, visando potenciais benefícios e riscos. O sigilo e a privacidade dos pacientes são princípios inegociáveis, e é essencial garantir

a segurança das informações em ambientes virtuais. Além disso, o consentimento do paciente desempenha um papel crucial, assegurando que o paciente compreenda os riscos e benefícios da Telemedicina.

A Declaração de Tel Aviv oferece diretrizes éticas importantes para orientar a prática da Telemedicina, assegurando que ela seja usada de maneira responsável e benéfica para pacientes e profissionais de saúde. Em suma, a Telemedicina é uma inovação promissora na medicina, mas requer um compromisso contínuo com a ética, a responsabilidade e a qualidade dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

CGI.br. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros - **TIC Saúde** 2015. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.

CHAO, L.W. Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil, 2008. Página 7. Disponível em: http://www.ip.pbh.gov.br/ANO10_N2_PDF/telemedicina_telesaude.pdf>. Acesso em 24 de setembro de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica**. Resolução nº 2.217/2018. Brasília, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica**. Resolução nº 2.314/2022. Brasília, 2022.

França G. V de. Telemedicina: breves considerações ético-legais. **Revista Bioética**. 3º de novembro de 2009 Acesso em 5 de novembro de 2023; 8(1). Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/revista bioetica/article/view/266. Acesso em: 10 set. 2023.

GARCIA, E. F.; GARCIA, C. S.; TAGAWA, G. S. G.; AMARAL, W N.do. Bioética e telemedicina. **Revista Bioética Cremego**, Goiânia, v. 2, n. 1, p. 61-66, 07 abr. 2020.

LEITE, S. *et al.* A relação médico-paciente frente à telemedicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. *l.*], p. 1-8, 1 fev. 2021. Disponível em:

https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5694. Acesso em: 6 nov. 2023.

MALDONADO, J. *et al.* Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Scielo Brasil**, [S. I.], p. 1-12, 1 jan. 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csp/a/54bg8d5mfWmCC9w7M4FKFVq/?lang=pt#. Acesso em: 1 nov. 2023.

OLIVEIRA, V. L.; PIMENTEL, D.; VIEIRA, M. J. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. **Revista Bioética**, Aracaju, v. 3, p. 705-724, 2010.

REZENDE, E. J. C. *et al.* Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 28, n. 1, p. 58-65, jul. 2010. Disponível em https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/58-65 Acesso em: 22 set. 2023.

ZAGANELLI, M. V.; BINDA FILHO, D. L. O sigilo médico e os dados sensíveis na telemedicina à luz da Lei Geral de Proteção de Dados. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. I.], v. 17, n. 3, 2023. DOI: 10.29397/reciis.v17i3.3689. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3689. Acesso em: 6 nov. 2023.

