

AIDS E ÉTICA MÉDICA

CREMESP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

2001

AIDS E ÉTICA MÉDICA

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Rua da Consolação, 753 - Centro - São Paulo - SP - CEP: 01301-910
Tel.: (11) 3017-9300 www.cremesp.org.br

COORDENAÇÃO

Caio Rosenthal

EDIÇÃO

Mario Scheffer

DIRETORIA DO CREMESP

Presidente: Regina R. Parizi Carvalho. **Vice-Presidente:** Marco Segre. **1º Secretário:** Gabriel David Hushi. **2º Secretário:** Henrique Carlos Gonçalves. **Tesoureiro:** Kazuo Uemura. **Tesoureiro Suplente:** Luiz Álvaro de Menezes Filho. **Departamento Jurídico:** Luiz Antônio Nogueira Martins. **Departamento de Comunicação:** Maria Luiza R. de Andrade Machado. **Departamento de Fiscalização:** José Cássio de Moraes. **Corregedor:** Milton Glezer. **Corregedor Adjunto:** Desiré Carlos Callegari.

CONSELHEIROS - GESTÃO 1998/2003

Alfredo Rafael Dell'Aringa, André Scatigno Neto, Antonio Pereira Filho, Caio Rosenthal, Carlos Rodolfo Carnevalli, Célia Franco Coutinho, Christina Hajaj Gonzalez, Cristiano Fernando Rosas, Desiré Carlos Callegari, Enídio Ilário, Ênio Márcio Maia Guerra, Flavio Badin Marques, Gabriel David Hushi, Gilberto Luiz Scarazatti, Henrique Carlos Gonçalves, Henrique Liberato Salvador, Hézio Jadir Fernandes Júnior, Irene Abramovich, Isac Jorge Filho, João Eduardo Charles, José Cássio de Moraes, José Henrique Andrade Vila, José Manoel Bombarda, José Marques Filho, Kazuo Uemura, Luiz Álvaro de Menezes Filho, Luiz Antonio Nogueira Martins, Luiz Fernando Spínola Micuci, Marco Segre, Maria Luiza R. de Andrade Machado, Milton Glezer, Moacyr Esteves Perche, Nelson Borgonovi, Pedro Paulo Roque Monteleone, Regina R. Parizi Carvalho, Reinaldo Ayer de Oliveira e Samir Jacob Bechara.

AIDS e ética médica. São Paulo : Conselho Regional de
Medicina do Estado de São Paulo, 2001.
94p.

1. Ética médica 2. AIDS (Doença) 3. HIV (Virus) I.
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
II. Título.

NLM WC 503

Aos pioneiros

Antônio Ozório Leme de Barros,

Gabriel Wolf Oselka e

Guido Carlos Levi,

que abriram nossas mentes nos anos

mais difíceis da epidemia.

APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no cumprimento de sua missão institucional de promover e difundir a ética no exercício da Medicina, tem a satisfação de apresentar a publicação *Aids e Ética Médica*.

Dirigida a médicos, profissionais de saúde, serviços, membros de organizações não governamentais e meios de comunicação, a iniciativa vem somar-se aos esforços da sociedade no enfrentamento da epidemia do HIV e Aids.

A variedade de temas éticos, técnicos e jurídicos apresentados é resultado da experiência e dos conhecimentos já acumulados e revela o quanto os Conselhos de Medicina, governos e profissionais estiveram empenhados em abordar os novos dilemas e problemas colocados pela Aids, até os mais controversos e polêmicos.

São inúmeros os pareceres, resoluções, normas regulamentadoras e orientadoras aqui compiladas; respostas à magnitude das implicações sociais e humanas da epidemia, na perspectiva dos direitos humanos, do respeito às pessoas vivendo com Aids, e do atendimento em saúde com dignidade.

O compartilhamento e a prática deste saber certamente contribuirão para o êxito das estratégias de prevenção, assistência e controle de uma epidemia que afeta toda a humanidade, e que, por isso, demanda um esforço coletivo baseado na solidariedade.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho

Presidente do Cremesp

SUMÁRIO

ABANDONO DO PACIENTE (9). ABORTO (10). ACESSO EXPANDIDO (11). ADESÃO (13). ALTA MÉDICA (15). ATENDIMENTO DOMICILIAR (17). ATESTADO DE ÓBITO (19). BANCO DE LEITE (21). CIPA (23). CIRURGIA AMBULATORIAL (24). COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (25). COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (26). CONSENSO TERAPÊUTICO (27). CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (29). CONSULTA (32). DIAGNÓSTICO POR ESCRITO (33). DIREITO À SAÚDE (34). DIREITOS DO PACIENTE (35). DISCRIMINAÇÃO (38). ESCOLAS (40). ESTUPRO (42). EUTANÁSIA (44). EXAME APÓS A MORTE (45). EXAMES COMPULSÓRIOS (46). EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL (47). HEMODIÁLISE (48). HOSPITAL-DIA (49). INCAPACIDADE (50). INTERNAÇÃO (51). JORNAL (52). MEDICAMENTOS GRATUITOS (53). MÉDICO HIV-POSITIVO (54). MENORES INFRATORES (56). NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (57). PARCEIRO(A) SEXUAL (58). PERÍCIA MÉDICA (59). PLANOS DE SAÚDE (61). PRÉ-NATAL (63). PREVIDÊNCIA (65). PRISÕES (66). PROTOCOLO DE PESQUISA (67). PRONTUÁRIO MÉDICO (70). PUBLICIDADE (72). RECUSA (74). REPRODUÇÃO ASSISTIDA (76). RESPONSABILIDADE (DE MÉDICOS E SERVIÇOS) (78). SANGUE (80). SAÚDE OCUPACIONAL (81). SIGILO (84). TERAPIAS ALTERNATIVAS (85). TESTAMENTO (86). TESTE SOROLÓGICO (87). TESTE RÁPIDO (89). TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE (91). USUÁRIOS DE DROGAS (92). VIGILÂNCIA SENTINELA (93).

Obs.: Os documentos, pareceres éticos, resoluções, normas técnicas e leis utilizados como fontes de *Aids e Ética Médica* estão disponíveis na íntegra na Internet: www.cremesp.org.br

INTRODUÇÃO

Chegamos à terceira década da epidemia da Aids, um dos maiores desafios já vividos pela Medicina. Pegos de surpresa, totalmente despreparados para enfrentá-la, assistimos ao vírus se espalhar por todo o planeta com enorme rapidez e matar as pessoas de forma lenta e sofrida.

Vimos também, consternados, que até os próprios médicos emudeceram diante da epidemia e, tomados pelo pânico do desconhecido, contribuíram, junto com a sociedade, para a discriminação dos pacientes, muitos já estigmatizados pela sua opção sexual ou pelo consumo de drogas endovenosas.

Não foi difícil perceber que a epidemia não tinha mais retorno. Ao contrário, avançava indiscriminadamente, escapulindo daqueles chamados, na época, “grupos de risco”.

Assim, a Aids saiu do contexto exclusivamente médico para se tornar uma doença mais abrangente; passou a ser de responsabilidade de todos, independente de ideologias, religiões, preferência sexual, costumes . . .

Também passou a envolver todas as disciplinas: da epidemiologia à biologia molecular, passando por todos os campos das ciências biológicas, sociais e humanas, como Sociologia, Psicologia, Educação, Religião e Artes.

Dizer que a Aids mudou a história da Medicina não é exagero. Impulsionados pela urgência, estamos vivendo progressos impostos nas áreas de diagnóstico, virologia, imunologia, genética e, sobretudo, na terapêutica. ►

Felizmente, hoje a Aids é uma doença considerada crônica e controlável.

Os questionamentos no campo da Ética e dos Direitos Humanos são proporcionais a esses avanços. A Aids nos levou a profundas reflexões, transformando valores, conceitos e preconceitos. Obrigou a classe médica a debater e se posicionar perante a sociedade, conforme revela o conteúdo desta publicação, ao abordar questões como sigilo, direitos trabalhistas, convívio nas escolas, aborto, eutanásia, reprodução assistida e tantas outras, procurando acima de tudo preservar o direito de autonomia dos pacientes.

Com a certeza de que, cada vez mais, o médico vai se deparar com indagações éticas, o Cremesp juntou neste volume tudo aquilo que interessa no seu dia-a-dia. O manual *Aids e Ética Médica* é produto de um paciente trabalho de pesquisa, compilação e edição do conhecimento ético e jurisprudência acumulada nessas duas décadas de epidemia.

Por fim, não poderia deixar de agradecer ao incansável colaborador, militante da luta contra a Aids e assessor de comunicação do Cremesp, Mário Scheffer. Sem o seu empenho, esta publicação jamais atingiria seus propósitos.

Caio Rosenthal
Conselheiro do Cremesp

ABANDONO DO PACIENTE

Após iniciado o tratamento, o médico não pode abandonar o paciente, a não ser que tenham ocorrido fatos que comprometam a relação médico-paciente e o desempenho profissional.

Nesses casos, o paciente (ou o responsável) deve ser previamente informado. O médico deve expor os motivos do desligamento e assegurar-se de que haverá continuidade na assistência prestada, sem prejuízo ao tratamento.

Deve o médico prosseguir o atendimento ao paciente ainda que seja para lhe atenuar o sofrimento físico ou psíquico.

No caso de o paciente abandonar o tratamento, será permitida a quebra do sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (ex.: notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito) ou por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado).

Fontes:

Código de Ética Médica, artigo 61

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1359/92

Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 14/88

ABORTO

À luz da legislação atual, a mulher HIV-positiva não tem o direito de interromper a gravidez indesejada, alegando possíveis riscos para a saúde ou de infecção do feto. A lei só permite o aborto nos casos de estupro ou de comprovado risco de vida para a mãe.

Não há evidência médica ou científica da necessidade de a mulher soropositiva abortar. A comprovada eficácia de tratamento anti-retroviral durante a gravidez, no trabalho de parto e nas primeiras semanas de vida do neonato permitem redução significativa dos riscos de um recém-nascido contrair o vírus HIV de uma gestante infectada.

Cada caso, no entanto, deve ser analisado separadamente. Em condições peculiares, pode-se conseguir um alvará judicial para realização do aborto a partir da fundamentação médica.

Fontes:

- Resolução do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo N° 95/2000
- Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 14/88
- Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 11/92

ACESSO EXPANDIDO

Acesso expandido é a disponibilização de medicamento novo, promissor, ainda sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do Ministério da Saúde, que esteja em estudo de fase III em desenvolvimento no Brasil ou no país de origem.

O patrocinador deverá submeter à análise da Anvisa programa de acesso expandido com informações e documentos padronizados, incluindo número de pacientes a serem atendidos, compromisso de fornecimento gratuito do produto e de comunicação dos efeitos adversos.

No caso de eventos adversos graves e inesperados, o patrocinador deve comunicar à Anvisa, por escrito, no prazo máximo de 72 horas após a notificação do médico. Serão considerados eventos graves aqueles que resultem em morte, risco de vida, hospitalização do paciente ou prolongamento de hospitalização, incapacitação persistente ou significativa, anomalia congênita/defeito natal, malignidade e ocorrência de superdosagem.

O patrocinador é obrigado a fornecer tratamento aos pacientes com doenças crônicas durante o tempo definido, não menor que um ano. No caso de tratamento de duração definida no protocolo, o patrocinador comprometer-se-á a fornecer o produto necessário para o tratamento completo do paciente.

O médico interessado em ter pacientes no programa de acesso expandido deverá efetuar solicitação formal do produto ao patrocinador, para cada paciente a ser tratado, justificando o uso através de laudo médico. Deve ainda utilizar os seguintes documentos:

a) protocolo com as normas a serem seguidas pelos médicos no uso do produto, incluindo: título do protocolo; ►

nome genérico em caso de medicamento; se for o caso apresentação e concentração; critérios de inclusão e exclusão de pacientes; esquema posológico; conduta em eventos adversos;

b) termo de informação e adesão do paciente, padronizado pela Anvisa;

c) informações sobre o produto, quanto à situação de desenvolvimento do mesmo (sumário clínico, pesquisas realizadas ou em desenvolvimento, estudos publicados, registro em outros países, bula etc.);

d) ficha clínica de coleta de dados;

e) termo de compromisso do médico padronizado pela Anvisa.

O programa de acesso expandido depende também de parecer ético favorável da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde.

Fonte:

Resolução (RDC) da
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) Nº 26/99

ADESÃO

Com a introdução da terapia anti-retroviral combinada como padrão de qualidade no tratamento das pessoas vivendo com HIV e Aids, a adesão do paciente a esquemas terapêuticos com múltiplas drogas tornou-se fundamental no manejo clínico da doença.

Com a adesão ao tratamento, há diminuição das internações hospitalares, da ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada ao HIV, o que transforma a Aids em doença de caráter crônico e potencialmente controlável.

A adesão ao tratamento deve ser vista como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece às orientações médicas, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo médico. Significa que deve existir uma aliança terapêutica entre médico e paciente, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento.

O médico deve procurar elaborar um regime terapêutico o mais simples possível, com orientações verbais e por escrito sobre a prescrição, de uma forma clara e precisa. Uma estratégia importante para melhorar a adesão ao tratamento é a simplificação do regime terapêutico, particularmente reduzindo o número de comprimidos e doses por dia. Porém, isso é frequentemente limitado pelas características farmacocinéticas das drogas atualmente disponíveis. Os medicamentos devem ser identificados por cor, formato e nome. Indicações quanto a restrições ou exigências alimentares, necessidade de hidratação vigorosa, efeitos colaterais e interações ►

medicamentosas devem ser enfatizadas.

A terapia não deve ser iniciada até que os objetivos e a necessidade de adesão ao tratamento sejam entendidos e aceitos pelo paciente. É fundamental certificar-se sempre se o paciente realmente sabe como tomar a medicação e compreende as conseqüências da não adesão para o sucesso do tratamento. É importante também adequar o regime terapêutico ao estilo de vida do paciente.

É dever do médico motivar e envolver o paciente no próprio tratamento, utilizando-se de medidas práticas, de baixo custo e de fácil execução, fazendo ajustes conforme as necessidades individuais a longo prazo.

Fonte:

*Conceitos e recomendações básicas para melhorar
a adesão ao tratamento anti-retroviral.*

Coordenação Nacional de DST/Aids. Ministério da Saúde

ALTA MÉDICA

O médico pode negar-se a conceder alta a paciente sob seus cuidados quando considerar que isso pode acarretar-lhe risco de vida. Se o paciente, os responsáveis ou os familiares tomam a decisão de transferi-lo, devem responsabilizar-se, por escrito, pelo ato. Nesse caso, o médico também tem o direito de passar a assistência que vinha prestando para outro profissional indicado ou aceito pelo paciente ou pela família, documentando as razões da medida.

Toda a atenção deve ser dada pelo médico à vontade do paciente e dos que o acompanham, preocupam-se com ele e tomam providências relativas às suas necessidades e cuidados.

Ao médico compete fazer o que julgar melhor para assistir ao paciente. Mas esse poder é limitado e subordina-se à aceitação do paciente, se tiver capacidade de autodeterminar-se ou de alguém que possa falar por ele – por consangüinidade ou por delegações legítimas de outra natureza, inclusive as constituídas por decisão judicial.

Mas cada caso deve ser analisado isoladamente. Por exemplo, pacientes em coma vegetativo sem dependência de medidas terapêuticas intensivas agregadas a UTIs podem ser tratados em quartos ou enfermarias de hospital, ou até mesmo nos próprios lares, o que pode consistir, inclusive, em atendimento mais humanizado.

De acordo com a Lei Estadual N° 10.241/99, a “Lei Covas”, o paciente dos serviços de saúde da rede estadual têm o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida, além de poderem optar pelo local da morte.

Para preservar a liberdade profissional, o médico pode ►

vir a ser substituído por outro. Obviamente, o médico substituto gozará também de direitos de autonomia profissional, desobrigando-se a agir em desacordo com a consciência, se houver conflito entre as normas de conduta e a vontade do doente, responsável ou familiares.

Fontes:

Lei Estadual N° 10.243/99

Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 33/00

ATENDIMENTO DOMICILIAR

A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) aos portadores do HIV e Aids, no âmbito do Sistema Único de Saúde, teve início no Brasil em 1996. Prestada por equipe multidisciplinar, incluindo o médico, tem como objetivos otimizar recursos e promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

É competência do médico anamnese e exame físico do paciente, planejamento terapêutico em concordância com as recomendações do Ministério da Saúde para terapia anti-retroviral; definição de frequência de visitas e; solicitação de exames complementares.

O médico também é responsável pelas informações à equipe e aos familiares sobre a abordagem terapêutica no domicílio e manejo do paciente; educação sobre a utilização adequada dos medicamentos e adesão ao tratamento; higiene e biossegurança do domicílio; e alimentação do paciente.

Fatores inerentes à equipe, ao paciente, aos familiares, aos recursos disponíveis e ao ambiente em si podem limitar as intervenções do médico. São considerados factíveis procedimentos diagnósticos como biópsia de pele e coleta de material (sangue, fezes, urina, punção lombar); terapêuticos, como administração intra-venosa de medicamentos, alimentação enteral, oxigenioterapia, troca e manutenção de sondas, curativos e outros.

Em caso de óbito no domicílio durante os dias e horários do serviço, o atestado deve ser fornecido pelo médico da ADT. Se ocorrer no período noturno ou nos finais de semana, pode ser fornecido por médicos que estejam presentes em serviços de urgência e emergência mediante a apresentação, pela família, do prontuário domiciliar ►

desde que esse procedimento seja aceito pelo serviço ao qual o paciente está ligado. No pós-óbito, o médico deve observar se há necessidade de encaminhamento de um ou mais familiares para atendimento médico e psicológico, especialmente crianças e adolescentes afetados.

Fonte:

Assistência Domiciliar Terapêutica (AD)

Ministério da Saúde, 1998

ATESTADO DE ÓBITO

De acordo com Código de Ética Médica é vedado ao médico:

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou pelo responsável legal.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

O preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito são da responsabilidade do médico que deve obedecer às seguintes normas:

1) Morte Natural:

1.1) Morte sem assistência médica:

a. Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos - S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O. ►

b. Nas localidades sem S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, qualquer médico da localidade.

1.2) Morte com assistência médica:

a) A declaração de óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência.

b) A declaração de óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na falta dele, por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência ou pelo S.V.O.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto, quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A declaração de óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Fonte:

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.601/00

BANCO DE LEITE

Para a prevenção da infecção pelo HIV, por meio do aleitamento materno, deverão ser consideradas as seguintes medidas: o aleitamento materno cruzado não deve ser realizado, incluindo aquele às vezes praticado nos sistemas de alojamento conjunto e pelas tradicionais amas-de-leite; as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar os próprios filhos, nem doar leite; os filhos de mães infectadas pelo HIV que necessitam do leite materno como fator de sobrevivência poderão receber leite das próprias mães, desde que adequadamente pasteurizado.

Os Bancos de Leite Humano utilizarão somente leite ou colostro, após adequada pasteurização, com o aquecimento a 62,5°C por 30 minutos, observado que essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV possíveis de serem encontradas no leite humano; o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia, não garante a inativação do HIV; a pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite, segundo o disposto na Portaria MS Nº 322, de 26 de maio de 1988.

As mães em situação de risco para o HIV, antes de amamentarem os filhos, devem, preferencialmente no pré-natal, ser orientadas a se submeterem a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste.

São consideradas como situações de risco para o HIV as mulheres usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas e seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis; que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou com parceiros que ►

receberam transfusão de sangue ou hemoderivados a partir de 1980; que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres); com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis a partir de 1980.

Fonte:

Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.415/96

CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) deve existir em todos os ambientes de trabalho, inclusive nos hospitais e estabelecimentos de saúde.

A CIPA é uma comissão composta por representantes do empregador e dos empregados; e tem como missão a preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores e de todos aqueles que interagem com a empresa ou serviço de saúde. No caso de estabelecimentos de saúde, é desejável que haja a participação de pelo menos um médico representando o corpo clínico na CIPA.

Fonte:

Lei Federal Nº 6.514/77,
regulamentada pela NR-5 do Ministério do Trabalho

CIRURGIA AMBULATORIAL

Médicos que praticam atos cirúrgicos e ou endoscópicos em regime ambulatorial, em unidade independente do hospital, devem obedecer às seguintes condições:

Condições da Unidade: estrutura higiênico-sanitária do ambiente e condições de esterilização e desinfecção dos instrumentos; registro de todos os procedimentos realizados; condições mínimas para a prática de anestesia; garantia de suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internação; garantia de assistência, após a alta dos pacientes, em decorrência de complicações, durante 24 horas por dia, seja em estrutura própria ou por convênio com unidade hospitalar;

Crítérios de seleção do paciente: ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela doença cirúrgica, e paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada; procedimentos cirúrgicos que não necessitem de cuidados especiais no pós-operatório; exigência de acompanhante;

Condições de alta: orientação no tempo e no espaço; estabilidade dos sinais vitais há pelo menos 60 (sessenta) minutos; ausência de náuseas e vômitos; ausência de dificuldade respiratória; capacidade de ingerir líquidos; sangramento mínimo ou ausente; ausência de sinais de retenção urinária; dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos e pós-operatórios.

Fonte:

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.409/94

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

As Comissões de Ética Médica (CEM) se constituem numa extensão do Conselho Regional de Medicina, junto às Instituições Médicas, estando a ele vinculadas. Tem funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina.

As eleições para as Comissões de Ética Médica são realizadas no Dia do Médico, 18 de outubro, nos anos pares. O número de membros é proporcional ao número de médicos do serviço.

São atribuições das Comissões de Ética Médica:

a) orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da instituição;

b) atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;

c) denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Cremesp, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

d) colaborar com o CRM, divulgando resoluções, normas e pareceres;

e) assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

f) proceder sindicância a pedido de interessados, médicos, do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Fonte:

Resolução do Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo N.º 83/98

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Hospitais e instituições de saúde que realizam pesquisas clínicas com portadores de HIV e doentes de Aids devem constituir os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)*, que traz as normas regulamentadoras de experimentos com seres humanos no país.

O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a sete membros. A constituição do CEP deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição.

Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade dos membros pertencentes à mesma categoria profissional. Poderá ainda contar com consultores *ad hoc*, pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

São atribuições do CEP:

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, os documentos estudados e a data de revisão.

Fonte:

Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 196/96

CONSENSO TERAPÊUTICO

A Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde reúne, pelo menos duas vezes por ano, um Comitê Assessor de Especialistas que traça as recomendações para terapia anti-retroviral em adultos, adolescentes e crianças infectados pelo HIV, após avaliação dos avanços na área.

O documento que contém o consenso terapêutico brasileiro é uma ferramenta para ajudar pacientes e respectivos médicos a tomarem decisões de tratamento, baseadas nas melhores informações disponíveis.

Mas ainda há muito por se aprender em como melhor tratar dos indivíduos portadores de HIV, e as recomendações não são definitivas. Diante de incertezas, deve haver flexibilidade na abordagem individual do tratamento.

O aumento progressivo da complexidade da terapêutica anti-retroviral vem exigindo do médico contínua atualização. Por isso, recomenda-se que, sempre que possível, o tratamento seja conduzido por um médico experiente no manejo de pacientes infectados pelo HIV.

O objetivo principal da terapia anti-retroviral é retardar a progressão da imunodeficiência e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida do pessoa infectada.

A terapia anti-retroviral não é uma emergência e não deve ser iniciada antes que as devidas avaliações clínica e laboratorial sejam realizadas, determinando, assim, o grau de imunodeficiência já existente e o risco de progressão. É fundamental que essa decisão considere, também, o desejo do paciente de se tratar, a compreensão sobre as mudanças que o tratamento pode lhe trazer à vida e o empenho que será necessário para a manuten- ►

ção da adesão adequada ao tratamento proposto. Devem ser considerados, igualmente, o risco de desenvolvimento de efeitos colaterais, a oportunidade de o paciente aderir ao esquema prescrito, o risco do desenvolvimento de resistência e a limitação de futuras opções terapêuticas.

Além de definir a combinação de drogas que se deve utilizar para o início do tratamento, o médico deve estar apto a avaliar resposta ao tratamento, caracterizar falha terapêutica, definir conduta nas situações de falha e de intolerância ao tratamento; decidir pela interrupção dele quando necessário e tomar decisões terapêuticas em situações especiais: infecção aguda, gestante infectada pelo HIV, co-infecção pela tuberculose; exposição ocupacional; estupro e outras formas de exposição sexual.

Fonte:

*Recomendações para terapia anti-retroviral
em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*

Ministério da Saúde, 2000

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O médico tem o dever de informar ao paciente sobre os riscos do ato médico, dos procedimentos e das consequências dos medicamentos que forem prescritos. Além disso, tem responsabilidade civil, penal e disciplinar sobre seus atos, devendo essa responsabilidade ser avaliada em cada caso. O termo de consentimento livre e esclarecido tem como finalidade formalizar ou documentar o médico e o paciente sobre as consequências que poderão advir do ato médico, inclusive hipóteses de caso fortuito e de força maior, desconhecidas da ciência e que fogem ao controle da Medicina.

Dessa forma, o termo de consentimento não tem a virtude de excluir a responsabilidade do médico. Não pode ser entendido, pois, como excludente de responsabilidade ou cláusula de não-indenização.

O documento cumpre finalidade ético-jurídica e pode ser apreciado como “prova” da lisura do procedimento médico. Assim, jamais deverá ser de cunho impositivo, devendo ser sempre grafado em linguagem acessível e simples para entendimento do paciente que subscreverá o documento, ou de seu representante legal.

É oportuno transcrever o art. 46 do Código de Ética Médica (CEM), o qual veda ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou do responsável legal, salvo em iminente perigo de vida”. Outro artigo com o mesmo teor pode ser encontrado no capítulo XII do CEM, que trata da Pesquisa Médica, e igualmente veda ao médico realizar pesquisa em ser humano sem que tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido. ►

No tocante à obtenção de autorização por parte do paciente ou do responsável legal quanto à fixação de honorários, por escrito, em um mesmo documento, o art. 90 do CEM veda ao médico deixar de ajustar, previamente com o paciente, o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado. Depreende-se daí que a fixação dos honorários profissionais fica subordinada a um acerto entre as partes, jamais podendo o médico, por coação, omitir-se diante dos casos de emergência ou quando sua omissão vier a causar dano ao paciente. Uma vez explicitado em documento e assinado pelas partes contratantes, pode o médico utilizar-se do referido documento para cobrar o honorário que lhe é devido.

O Conselho Federal de Medicina é insistentemente cobrado a elaborar um modelo de “termo de consentimento esclarecido” e de “orçamento”. Entretanto, compete às instituições de saúde elaborar os referidos documentos e submetê-los à avaliação da Comissão de Ética e, quando necessário, ao próprio Conselho Regional.

Em se tratando de termo de consentimento para uso em protocolo de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, deve ser seguida a Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que exige que o esclarecimento dos sujeitos voluntários de pesquisa se faça em linguagem acessível, por escrito e que inclua, obrigatoriamente, o seguinte: justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa; desconfortos, efeitos colaterais e riscos possíveis, assim como os benefícios esperados; os métodos alternativos já existentes; a forma de acompanhamento e assistência, o nome e o tele-

fone de contato dos responsáveis; a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia da pesquisa; a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Fontes:

Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 196/96
Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 24/97

CONSULTA

A intermediação do trabalho médico no setor privado tem dificultado a relação médico-paciente, impondo restrições e limitações. Por outro lado, o setor público deixa o médico tutelado às ordens de serviços, portarias, regulamentos, interferindo na liberdade profissional para o correto julgamento, resultando na automação do atendimento e na despersonalização do paciente.

Não deve ser da competência de nenhum órgão ou entidade a determinação do número de atendimentos médicos para qualquer carga horária, em qualquer especialidade, muito menos tempo de duração de consulta médica.

O artigo 8º do Código de Ética Médica estabelece que “o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho”.

Algumas instituições estipulam o número de pacientes de ambulatórios a serem atendidos numa determinada carga horária. Tal limitação, aleatoriamente imposta, atenta contra a boa prática médica, pois ignora fatores determinantes do tempo mínimo ideal para assistência do paciente, tais como peculiaridades e destinação de cada serviço, condições e necessidades do assistido. Também o tempo de que necessita o médico em favor do paciente jamais pode ser cronometrado.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 30/90

DIAGNÓSTICO POR ESCRITO

O paciente tem o direito de solicitar ao médico informações relativas à doença e o médico tem o dever de informar a esse paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento que propõe. Caso o médico assim não proceda, estará infringindo o artigo 59 do Código de Ética Médica.

Uma boa relação médico-paciente exige que o médico seja o mais claro possível nos esclarecimentos que faz ao paciente. No entanto, é desnecessária a obrigatoriedade de o médico entregar por escrito ao paciente o diagnóstico especificando o quadro clínico constatado e o receituário ministrado, a não ser que seja vontade do paciente. O médico deve guardar absoluto sigilo da doença do paciente, sendo que só pode atestá-la por solicitação deste.

O médico deve anotar sempre, na ficha clínica ou no prontuário do paciente, as hipóteses diagnósticas, os exames solicitados e o tratamento proposto, para que possa melhor seguir o caso e emitir relatórios médicos futuros caso o paciente o solicite.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 23/95

DIREITO À SAÚDE

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.”

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste em formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação.”

Fontes:

Constituição Federal de 05/10/88 (art. 196)
Lei Federal Nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde

DIREITOS DO PACIENTE

O atendimento profissional a pacientes portadores do HIV é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo, em instituições assistenciais pública ou privada.

Independente da patologia, o atendimento deve seguir as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Assim, não se poderá alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para prestação da assistência.

As instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve recursos para proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito. É de responsabilidade do Diretor Técnico da instituição a garantia das condições de atendimento.

São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

- ✓ ter atendimento digno, atencioso e respeitoso; ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome; não ser identificado ou tratado por números; códigos; de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso;

- ✓ ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, com manutenção de sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;

- ✓ poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham: nome completo; função; cargo; e nome da instituição;

- ✓ receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; ►

exames solicitados; ações terapêuticas; riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; duração prevista do tratamento proposto; no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, efeitos colaterais, riscos e conseqüências; exames e condutas a que será submetido; finalidade dos materiais coletados para exame; alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes e o que julgar necessário;

- ✓ consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

- ✓ acessar, a qualquer momento, o prontuário médico;

- ✓ receber, por escrito, o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

- ✓ receber as receitas com o nome genérico das substâncias prescritas datilografadas ou em caligrafia legível, com o nome do profissional e o número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;

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

- ✓ ter anotado no prontuário todas as medicações, com as dosagens utilizadas; e registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

✓ ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e satisfação de necessidades fisiológicas: a integridade física; a privacidade; a individualidade; o respeito aos valores éticos e culturais;

✓ ser acompanhado, se assim o desejar, em consultas e internações por pessoa por ele indicada; ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto; receber do profissional auxílio imediato para a melhoria do conforto e bem estar;

✓ receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

✓ ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental;

✓ receber anestesia em todas as situações indicadas;

✓ recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

✓ optar pelo local de morte.

✓ A criança, ao ser internada, terá, no prontuário, a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

Fontes:

Lei Estadual N° 10.241/99

Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 1.359/92

DISCRIMINAÇÃO

Com o advento da Aids, o mundo viu aumentar posturas discriminatórias contra alguns grupos sociais identificados como susceptíveis em maior grau à infecção pelo HIV.

Na verdade, tais posturas traduz a intolerância experimentada em face de comportamentos que se consideram indesejáveis. Em outras palavras, o que se deseja combater, assim, não é a doença, mas o comportamento.

Não há nenhum fundamento científico na conduta que preconiza os chamados grupos de risco. Há necessidade, sim, de se obter do paciente infectado pelo vírus da Aids, sobretudo, a colaboração e ter para com ele respeito e consideração. Somente assim — compreende-se, na medida do possível, a enorme variedade de fatores que presidem, nos planos existencial, afetivo e social, as relações entre cada indivíduo e o mundo que o cerca — pode-se obter uma situação favorável ao encaminhamento adequado das alternativas de abordagem dos problemas que surgem em função da doença.

Nesse sentido, é fundamental que o médico busque desvencilhar-se, sempre, de preconceitos que possam estar vinculados à postura profissional. Para isso, a questão ética apresenta-se em duas vertentes: deve o médico ter presente a natureza da profissão e, principalmente, a finalidade (Código de Ética Médica, arts. 1º, 2º e 6º); deve o médico buscar a mais ampla informação possível acerca daquilo que vai cuidar, não só fundamentando cientificamente sua conduta, mas tendo em vista também que o conhecimento é o caminho para a eliminação do preconceito (Código de Ética Médica, arts. 2º e 5º).

A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. Não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio. Com efeito, o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deve agir com o máximo zelo e o melhor da capacidade profissional (Código de Ética Médica, art. 1º, 2º e 9º).

O médico não pode recusar-se a atender o portador da doença sob alegação de risco profissional, ou de ser infectado, porque a sua função é exatamente essa. O mesmo ocorre com o pessoal da área médica e com o hospital. Deve o médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizar conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir acobertar tentativa contra a dignidade e a integridade (Código de Ética Médica, art. 6.º).

Fontes:

Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 14/88,
Texto jurídico *Da Aids e do Direito*, de Irineu Antonio Pedrotti,
juiz de Direito em São Paulo

ESCOLAS

Conforme portaria interministerial de 1992, é vedada a realização de teste sorológico compulsório, prévio à admissão ou matrícula de aluno. A exigência de testes para manutenção da matrícula e da freqüência nas redes pública e privada de ensino de todos os níveis, é injustificada. Da mesma forma, não devem ser exigidos testes sorológicos prévios à contratação e manutenção do emprego de professores e funcionários, por parte de estabelecimentos de ensino.

Os indivíduos sorologicamente positivos, sejam alunos, professores ou funcionários, não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção, a funcionários ou a qualquer membro da comunidade escolar. A divulgação de diagnóstico de infecção pelo HIV ou de Aids de que tenha conhecimento qualquer pessoa da comunidade escolar, entre alunos, professores ou funcionários, não deve ser feita. Não deve ser permitida a existência de classes especiais ou de escolas específicas para infectados pelo HIV.

É recomendada a implantação, a manutenção e ampliação de projeto educativo, enfatizando os aspectos de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV e Aids, dirigido a professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das redes oficial e privada de ensino de todos os níveis.

Submeter a criança ou adolescente sob sua autoridade, guarda ou vigilância a vexame ou a constrangimento prevê pena-detenção de seis meses a dois anos. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa, sem prejuízo da proteção integral de que trata a Lei, assegurando-se-lhes, por lei

ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando, entre outros, o direito de ser respeitado por educadores e a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola.

A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis (Estatuto da Criança e do Adolescente e Lei Nº 8.069/90).

Fontes:

Portaria Interministerial Nº 796/92

Texto jurídico *Da Aids e do Direito*, de Irineu Antonio Pedrotti,
juiz de Direito em São Paulo

ESTUPRO

De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, é importante o apoio laboratorial para auxiliar no estabelecimento do diagnóstico e no rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis. "As instituições de referência devem ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados e de outros que, a critério clínico, poderão vir a ser solicitados. Cabe ressaltar que a solicitação desses exames é justificada pelo fato de que 16% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de DST e que uma em cada 1.000 é infectada pelo HIV".

O atendimento médico à mulher vítima de violência sexual compreenderá: abertura de prontuário médico; anamnese clínica e tocoginecológica minuciosa, com ênfase na regularidade do ciclo menstrual e data da última menstruação; exame físico e ginecológico completos, com determinação da idade gestacional, se for o caso, e, sempre que possível, complementado com ultrasonografia; e solicitação dos exames laboratoriais de rotina (tipagem sanguínea, sorologia para sífilis cultura de secreção vaginal e do canal cervical, sorologia para hepatite tipo B, sorologia anti-HIV).

No momento da alta hospitalar, o serviço de saúde deverá assegurar orientação e métodos anticoncepcionais. A mulher deverá retornar ao serviço de saúde entre 15 e 30 dias depois da interrupção da gravidez, para acompanhamento médico e psicológico. Se necessário, deverá retornar antes. A sorologia para sífilis deverá ser repetida 30 dias após a violência sexual; a sorologia anti-

HIV deverá ser solicitada com 90 e 180 dias; e, para a hepatite B, com 60 e 180 dias.

Logo após o estupro, pode ser recomendado o uso de contracepção de emergência ou profilaxia para DST/Aids, dependendo de cada caso e da conduta do serviço.

No entanto, de acordo com documento técnico da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde "até o presente momento (2001), não existe nenhum estudo publicado na literatura científica que comprove a eficácia de qualquer agente anti-retroviral na quimioprofilaxia após estupro ou outra forma de exposição sexual ao HIV. Por esse motivo, o uso de quimioprofilaxia para HIV após estupro ou outras formas de exposição sexual não faz parte das recomendações do Ministério da Saúde".

Fontes:

Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV

Ministério da Saúde, 2000.

Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes

Ministério da Saúde, 1998

EUTANÁSIA

A legislação brasileira – e conseqüentemente o Código de Ética Médica (art. 66) – proíbe terminantemente a prática da eutanásia no sentido literal do termo. Cabe discutir o grau de obrigação do médico em tentar prolongar a vida de um paciente terminal, o tipo de recursos que ele é obrigado a utilizar nessas circunstâncias, e o direito do paciente de opinar sobre essas questões.

A eutanásia médica passiva, ou por omissão, corresponde à não-utilização de recursos destinados a prolongar a vida de pacientes incuráveis, permitindo a evolução natural para a morte. Hoje é bastante aceito que o médico não tenha obrigações legais, morais ou éticas de utilizar, em casos irreversíveis, medidas que só levem a um prolongamento do processo de morte.

O Papa Paulo VI afirmou, nesse sentido, que “o dever do médico consiste mais em esforçar-se por eliminar a dor que em prolongar, o máximo possível, e com todos os meios disponíveis, uma vida que não é mais completamente humana”. É óbvio, entretanto, que poderão ocorrer situações em que o médico hesite quanto à melhor conduta a tomar. Para auxiliá-lo, será muito importante e até obrigatório, que as opções terapêuticas e as implicações sejam discutidas.

Embora a vontade do paciente (ou familiares) seja orientadora, mas não determinante da decisão médica, ela, evidentemente, lhe será de precioso auxílio. Para tanto, tem-se tornado mais populares, nos últimos tempos, declarações assinadas contendo esse tipo de orientação, e denominadas “testamentos em vida”.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 11/92

EXAME APÓS A MORTE

O artigo 102 do Código de Ética Médica explicita que é vedado ao médico “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

Permanece essa proibição mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

O sigilo profissional pertence ao paciente. Por dever de ofício, deve estar o médico informado de particularidades referentes à privacidade do mesmo. Isso torna o médico impossibilitado de revelá-lo, porque fere de maneira capital a confiança necessária à relação médico-paciente. No artigo 102 do Código de Ética Médica, fica claro que esse respeito à privacidade do paciente permanece mesmo após a morte dele.

Como exceção, considera-se a justa causa, o dever legal ou a autorização expressa do paciente. O morto não traz riscos para terceiros. Tem o parceiro(a) sexual em vida o direito de saber se foi infectado, mas esse conhecimento pode ser obtido por meio de exame laboratorial diagnóstico, não se justificando a quebra do sigilo.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 12/00

EXAMES COMPULSÓRIOS

É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, em especial como condição necessária a internação hospitalar, pré-operatório, ou exames pré-admissionais ou periódicos e, ainda, em estabelecimentos prisionais.

Considerando que a ampla informação sobre a infecção pelo HIV é estratégia para eliminar o preconceito contra portadores e doentes de Aids, não se justifica a realização de teste sorológico compulsório prévio à admissão ou à manutenção de matrícula e frequência de aluno nas redes pública e privada de ensino em todos os níveis.

É proibido, no âmbito do Serviço Público Federal, exigência de teste para detecção do vírus da Aids tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde.

Fontes:

Portaria Interministerial N° 796/92

Portaria Interministerial N° 869/92

Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 1359/92

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

A melhor profilaxia para a exposição ocupacional ao HIV continua sendo o respeito às normas de biossegurança.

A exposição ocupacional ao HIV deve ser tratada como emergência médica, uma vez que a quimioprofilaxia deve, idealmente, ser iniciada em um período de duas horas após o acidente.

A indicação da quimioprofilaxia para a exposição ocupacional deve ser avaliada com cuidado, considerando-se, principalmente, o risco de o paciente-fonte estar ou não infectado pelo HIV.

Quando indicada, a duração da quimioprofilaxia é de quatro semanas. O profissional exposto deve realizar o teste anti-HIV no momento do acidente para verificar a condição sorológica. Caso negativo, repetir com seis e doze semanas, e após seis meses.

Em situações de exposição ocupacional a material biológico de paciente-fonte sabidamente resistente a uma ou mais drogas anti-retrovirais normalmente indicadas para quimioprofilaxia, deve-se considerar a possibilidade de utilizar esquemas alternativos.

Fonte:

Recomendações Para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados Pelo HIV
Ministério da Saúde, 2000

HEMODIÁLISE

Os pacientes com doença renal que tenham indicação de ser mantidos em diálise e que estejam infectados pelo HIV, devem ter garantido o tratamento dialítico, devendo ser adotadas as normas de biossegurança. Esses pacientes não necessitam ser isolados, a não ser que apresentem infecção oportunista transmissível.

Os pacientes em programa de diálise peritoneal não necessitam ser submetidos a triagem sorológica para infecção pelo HIV, uma vez que os cuidados rotineiros de biossegurança são suficientes para a sua proteção e do profissional de saúde.

Todos os pacientes em programas de hemodiálise deverão ser submetidos à sorologia para o HIV usando-se duas técnicas com princípios diferentes.

Os testes sorológicos deverão ser realizados na admissão do paciente no programa dialítico e incorporados à rotina semestral de exames da unidade.

Fonte:

*Normas Técnicas para Prevenção da Transmissão
do HIV nos Serviços de Saúde*
Ministério da Saúde

HOSPITAL-DIA

O Hospital-dia tem como objetivo reduzir e auxiliar as necessidades de internações de pacientes em hospitais; reduzir o tempo médio de permanência, facilitando a manutenção dos esquemas diagnósticos terapêuticos; ampliar e agilizar procedimentos terapêuticos em nível ambulatorial; integrar a família e o doente quanto aos aspectos sociais; oferecer campo de estágio para treinamento da equipe de saúde; ampliar conhecimentos sobre a doença com participação de amigos e familiares do paciente.

São recursos humanos necessários ao Hospital-dia: médico infectologista e/ou clínico treinado em Aids, pediatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e técnicos de enfermagem, assistente social e psicólogo.

Quanto à localização, deve estar isento ou interrelacionado com o hospital geral, para melhor acesso a outras especialidades, como radiologia, laboratório, nutrição, serviço de endoscopia gástrica, enteral, brônquica, oftalmologia e odontologia, além de transporte. A farmácia deve manter e distribuir os medicamentos para o tratamento da Aids no hospital e ao paciente no domicílio.

Os serviços autorizados deverão seguir estritamente as normas técnicas da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde.

Fonte:

Portaria do Ministério da Saúde Nº 93/94

INCAPACIDADE

Incapacidade laborativa é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade, em consequência de alterações morfo-psico-fisiológicas provocadas por doença ou acidente. Pode ser total, parcial, temporária, indefinida, uniprofissional, multiprofissional ou oniprofissional.

Quando a incapacidade for total, indefinida e oniprofissional, impedindo o portador de prover o meio de subsistência, está caracterizada a invalidez.

Na Previdência Social, será considerado inválido aquele que for incapaz para o trabalho e insusceptível de reabilitação para outra atividade que lhe garanta subsistência. O perfeito entendimento da relação entre doença e incapacidade é indispensável àqueles que lidam com a Previdência Social. A lei não cogita de benefícios por doença, e sim por incapacidade.

No caso da Aids, pode-se afirmar que nem todo soropositivo é doente. Nem todo doente é incapaz e nem todo incapaz é inválido, fazendo jus à aposentadoria.

Fonte:

Direitos Previdenciários dos Soropositivos,
Ministério da Previdência e Assistência Social

INTERNAÇÃO

A todo médico é assegurado o direito de internar e assistir pacientes em hospital público ou privado, ainda que não façam parte do corpo clínico, ficando sujeitos, nessa situação, o médico e o paciente às normas administrativas e técnicas do hospital.

O Regimento Interno do Corpo Clínico dos hospitais deverá prever, explicitamente, que o médico não integrante do corpo clínico possa promover as internações necessárias nesses estabelecimentos hospitalares.

Fonte:

Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 1.231/86

JORNAL

Em matéria de jornal, não é necessário escrever por extenso o significado de Aids em português: síndrome da imunodeficiência adquirida, vinculada à infecção pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana).

Só mencione que alguém tem Aids quando isso for relevante no contexto da informação. Se o texto trata da atividade profissional de uma pessoa, não é necessário falar da doença, a não ser que a impeça de trabalhar ou lhe afete o trabalho. Não deixe de mencionar a síndrome quando o texto trata do estado de saúde da pessoa e o jornal está seguro de que ela está doente.

Em textos noticiosos, prefira o termo doente de Aids a *aidético*, que pode ser considerado pejorativo.

Não confunda *ter Aids* com *ser portador do vírus HIV* ou *soropositivo*. Uma pessoa pode ter sido infectada pelo vírus, mas não ter desenvolvido a doença. Quando a morte de alguém decorrer de Aids, não omita a causa (nos diagnósticos e autópsias, quase nunca a Aids é mencionada, e sim outras doenças decorrentes da síndrome, como pneumonia). Nesses casos, o jornal só revelará a orientação sexual do personagem morto se houver autorização da família.

Fonte:

Manual de Redação

Folha de S. Paulo, 2001

MEDICAMENTOS GRATUITOS

Todos os portadores do HIV e doentes de Aids têm o direito de receber gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária para o tratamento.

Cabe ao Ministério da Saúde padronizar os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

O acesso aos medicamentos deve ser financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Mesmo os portadores de HIV/Aids não provenientes de serviços públicos de saúde têm acesso aos medicamentos gratuitamente.

Fontes:

Lei Federal Nº 9.313/96.

Resolução da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Nº SS-589/94

MÉDICO HIV-POSITIVO

Não há risco definido de transmissão do HIV, de profissionais de saúde para os pacientes, caso sejam respeitadas as normas de biossegurança.

Embora até hoje não tenha sido descrito nenhum caso de transmissão de infecção pelo HIV devido à atividade profissional de médicos infectados, tal acontecimento, causado por dentista infectado, foi revelado nos EUA. De qualquer maneira, como cirurgiões já transmitiram aos pacientes infecção pelo vírus da hepatite B, deve ser considerado, como pelo menos teoricamente possível, o risco de transmissão do HIV.

Enquanto alguns tipos de cirurgia, como as oftalmológicas, por exemplo, praticamente nunca produzem transferência de sangue do cirurgião para o paciente, em procedimentos que envolvem manipulação cega de instrumentos cortantes nas cavidades do paciente, essa ocorrência tem uma possibilidade maior.

Surge, a partir daí, um série de indagações, com repercussões legais e éticas, muitas vezes ainda sem respostas definitivas, apesar de debates exaustivos por parte de profissionais e comissões encarregadas de normatização da matéria em diversos países: devem os médicos que realizam procedimentos invasivos ser testados sorologicamente? Em caso de resposta afirmativa a essa questão, voluntariamente ou compulsoriamente? Terá o médico com sorologia positiva obrigação de informar aos pacientes a esse respeito? Caso ele se negue a prestar essa informação, qual a obrigação dos dirigentes da instituição em que ele exerce sua prática? Terá ele o direito de continuar as atividades envolvendo procedimentos invasivos?

Alguns inquéritos comprovaram que pacientes preferiam ser cuidados por médicos não infectados pelo HIV. No entanto, o desejo do paciente, nesse caso, como regra geral, não corresponde a um direito de exigir teste sorológico do médico, pois se choca com o direito desse à confidencialidade, situação similar àquela quanto aos limites do médico ou da instituição em exigir esse mesmo tipo de exame do paciente.

Mesmo quando o médico é sabidamente infectado, porém não apresenta doença em estado capaz de prejudicar-lhe a competência profissional, considera-se como não obrigatório de sua parte a informação ao paciente da infecção.

Considera-se que posição contrária iria prejudicar não só o direito ao trabalho do profissional, como também iria aumentar os preconceitos e ajudar a difundir a opinião incorreta de haver risco de transmissão do HIV por contato casual.

Fontes:

Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 11/92

Parecer do Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro N° 29/95

MENORES INFRATORES

Não é ético revelar segredo médico às autoridades administrativas sobre menores infratores com sorologia positiva para o HIV, justificando a quebra do sigilo médico pela necessidade de adoção de medidas profiláticas a serem implementadas pelas autoridades sanitárias.

Tal procedimento acarretaria possíveis danos morais. Às autoridades administrativas cabe, tão somente, apoiar as decisões da equipe médica no âmbito da instituição.

Não há quebra do sigilo médico quando o segredo é dado a conhecer ao juiz de menores porquanto, estando o menor infrator sob tutela do estado, é o juiz da Vara de Menores o responsável legal. Também não há quebra do sigilo quando da revelação do segredo médico perante a equipe multidisciplinar constituída com o propósito de uma melhor abordagem do problema, por estarem também, esses profissionais, presos ao sigilo profissional.

Os Promotores de Justiça, no exercício das funções de Curadores de Menores, nos procedimentos de verificação da situação do menor, constatados indícios ou provas de que a criança ou adolescente é portador do vírus da Aids, ou havendo fundados motivos que indiquem a necessidade de realização de exames específicos, sejam adotadas providências no sentido do encaminhamento do menor aos serviços de saúde locais, para tratamento ou exame.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 04/91
AVISO Nº 51/88 da Procuradoria Geral da Justiça

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, as doenças e os agravos relacionados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) inclusive em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical. O fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a realização da notificação são definidos nas normas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação da Fundação Nacional de Saúde (SINAN/CENEPI/FUNASA).

Fontes:

Portaria do Ministério da Saúde Nº 542/86

Portaria do Ministério da Saúde Nº 993/00

PARCEIRO(A) SEXUAL

O médico está ética e moralmente obrigado a comunicar ao parceiro sexual de um indivíduo infectado pelo HIV esse fato. Mas o procedimento somente poderá ser licitamente tomado pelo médico se: o paciente tiver sido exaustivamente comunicado das prováveis consequências para o(a) parceiro(a) do estabelecimento de relações sexuais inseguras ou não protegidas; o médico tiver esclarecido o paciente da natureza das relações sexuais seguras; o médico tiver evidências de que o(a) paciente expõe a risco a(o) parceiro(a); e se o paciente for adequadamente informado pelo médico da intenção de convocar o(a) parceiro(a).

Fonte:

Parecer do Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro N° 16/92

PERÍCIA MÉDICA

Os benefícios que visam compensar as perdas por doença ou acidentes são concedidos após avaliação do segurado por médico perito do INSS, ou dos serviços médicos dos órgãos públicos, em se tratando de funcionário público federal.

O médico perito é aquele que, por definição, deve possuir sólida base clínica, noções de profissiografia e conhecimento das bases legais, para concluir o laudo dentro da legislação. *“Ele deve ser justo para não negar o que é legítimo, nem conceder graciosamente o que não é devido e não é seu”.* (Manual do Médico Perito do INSS).

Na Perícia Médica do INSS, segue-se uma norma técnica para a avaliação do doente de Aids, que, desde 1991 é a seguinte:

Grupo I - Infecção Aguda: segurado com sinais e sintomas transitórios, que surgem após a infecção.

→ Direito a: Auxílio-doença de 30 a 60 dias ou mesmo 90 dias.

Grupo II - Infecção Assintomática: ausência de sinais e sintomas.

→ Não há concessão de auxílio-doença.

Grupo III - Linfadenopatia Persistente Generalizada: envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais.

→ Direito a auxílio-doença de 90 a 120 dias.

Grupo IV - Nesse grupo, estão as doenças associadas, com as freqüentes complicações. *Doença Constitucional* (sinais e sintomas com duração maior que um mês; febre, diarreia e perda de peso) - *Doenças Neurológicas* (demência, mielopatia, neuropatia periférica) - *Doenças infecciosas secundárias, Neoplasias Secundárias e Doenças ou quadros clínicos não classificados*, mas que possam ser ►

atribuídos à infecção pelo HIV.

→ Limite indefinido, que determinará a aposentadoria por invalidez.

A data do início da doença é fixada quando se verificaram os primeiros sinais e sintomas da doença. Não se leva em consideração apenas o anti-HIV positivo.

A data do início da incapacidade é fixada quando as manifestações clínicas impediram o desempenho da atividade laborativa.

Fonte:

Direitos Previdenciários dos Soropositivos,
Ministério da Previdência e Assistência Social

PLANOS DE SAÚDE

Para o Conselho Federal de Medicina, o conceito de doença preexistente aplicado às relações contratuais dos planos e seguros de saúde é de natureza relativa e desprovida de valor médico. “A existência de uma doença prévia (Aids, por exemplo) à assinatura do contrato não pode ser utilizada como justificativa para ação discriminatória”, diz parecer da entidade.

Também a Resolução N° 1401/93 do CFM obriga a cobertura, pelos planos privados de saúde, de todas as doenças do Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde.

No entanto, na regulamentação dos planos de saúde, a cargo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), doença ou lesão preexistente é definida como sendo “aquela que o consumidor ou o responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação do plano de saúde”.

Nos termos do art. 11 da Lei N° 9.656/98, a operadora tem o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura do contrato para provar que o consumidor tinha conhecimento prévio de ser portador de doença ou lesão preexistente. Se, nesse prazo, não houver a comprovação do conhecimento, não mais poderá fazê-lo. Ainda há de ressaltar que o parágrafo 5° do art. 3° da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) N° 2/98 dispõe sobre a proibição de alegação de doença ou lesão preexistente, após a entrevista qualificada, se porventura for realizado qualquer tipo de perícia no consumidor.

Também de acordo com a lei os planos de saúde, desde janeiro de 1999, não podem deixar de oferecer nos ►

contratos novos a opção de cobertura de doenças preexistentes, incluindo HIV e Aids. Mas, nesse caso, para haver atendimento imediato as empresas podem “agravar”, que consiste no aumento da mensalidade em função de a pessoa ser portadora do HIV.

Além do agravo, as operadoras são obrigadas a oferecer a opção de cobertura parcial temporária por 24 meses. Nesse caso, o usuário com Aids paga o mesmo valor de um plano comum, de uma pessoa sadia, mas terá carência de dois anos para procedimentos, exames e internações ligados à doença.

Para os doentes de Aids que têm planos de saúde com contrato anterior a janeiro de 1999 e não fizeram adaptação às novas regras (o que é facultativo) vale o que está escrito no contrato. No caso de negação de cobertura, mesmo prevista no contrato, cabe ação judicial.

Quando o SUS atende a um portador de HIV e Aids que tem plano de saúde existe a possibilidade, de acordo com a Lei Nº 9.656/98, de ressarcimento pela operadora dos gastos que o hospital público teve com o paciente.

Fontes:

Lei Federal Nº 9.656/98

Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Suplementar
(CONSU) Nº 02/98 e 17/99

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1401/93
Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 16/97

PRÉ-NATAL

Desde o dia 22 de novembro de 2000, os médicos do Estado de São Paulo são obrigados a oferecer às gestantes o teste anti-HIV. A Resolução 95/2000 do Cremesp estabelece:

Artigo 1º: É dever do médico solicitar à mulher, durante o acompanhamento pré-natal, a realização do exame para detecção do HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardado o sigilo profissional.

Artigo 2º: É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame.

Artigo 3º: Os serviços e instituições de saúde, públicos e privados, devem proporcionar condições para o exercício profissional, disponibilizando exames, medicamentos e outros procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV em gestantes, bem como assistência ao pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido.

O descumprimento da Resolução 95/2000 infringe ao artigo 142 do Código de Ética Médica: “o médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina”. A medida do Cremesp serve para reforçar o efeito da portaria nº 993, publicada em setembro pelo Ministério da Saúde, que obriga os médicos que notifiquem aos serviços de saúde os casos de infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical.

A medida do Cremesp considera a tendência de feminização da epidemia da Aids e as altas taxas de transmissão vertical do HIV no país, apesar da disponibilização ►

de medidas concretas na rede pública de saúde: oferta universal do teste anti-HIV no pré-natal; tratamento com AZT para a grávida, a partir da 14ª semana de gestação, durante o trabalho de parto e para o recém-nascido; substituição do aleitamento materno pelo artificial ou leite humano pasteurizado.

Fonte:

Resolução do Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo Nº 95/00

PREVIDÊNCIA

(FGTS, PIS, PASEP E BENEFÍCIOS)

A Aids justifica a concessão dos seguintes benefícios previdenciários:

a) licença para tratamento de saúde prevista nos artigos 104 e 105 da Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952;

b) aposentadoria, aos termos do art. 179, inciso I, alínea “b”, da Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952;

c) reforma militar, na forma do disposto no art. 108, inciso V, da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980;

d) pensão especial nos termos do art. 1º da Lei nº 3.738, de 04 de abril de 1960;

e) auxílio-doença ou aposentadoria, independentemente do período de carência, para o segurado que, após a filiação à Previdência Social, vier a manifestá-la, bem como a pensão por morte aos seus dependentes.

Também está assegurado ao HIV-positivo o levantamento dos valores correspondentes ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), independentemente de rescisão de contrato individual de trabalho ou de qualquer outro tipo de pecúlio a que o paciente tenha direito.

Está autorizada ainda “a liberação das contas do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) aos titulares não aposentados vitimados pela Aids”. Mas essa liberação só beneficia os “participantes acometidos de infecções oportunistas ou neoplasias malignas, decorrentes de deficiência imunológica originária de infecção pelo HIV”. Demanda atestado do médico que acompanha o paciente e laudo pericial médico.

Fonte:

Lei Federal Nº 7.670/88 / Resolução Federal Nº 02/92

PRISÕES

É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV em estabelecimentos prisionais.

De nada adiantará a adoção de medidas de identificação de portadores do HIV entre aqueles que ingressam no sistema prisional se, efetivamente, não se puder desenvolver um atendimento subsequente adequado e que respeite a dignidade da pessoa. Tal procedimento poderá servir para aumentar a estigmatização dos portadores do HIV, expondo-os a riscos de segregação ou mesmo hostilização. Além disso, há que se pensar na melhoria dos serviços de saúde hoje disponíveis no âmbito de tais estabelecimentos, sabidamente precários.

Não é ético revelar a sorologia positiva do detento para autoridades administrativas ou instituições que prestam assistência social e espiritual no interior dos presídios.

Cabe ao Estado zelar pela preservação da integridade e da dignidade daqueles que se encontram recolhidos no sistema prisional. Ao médico que atua em tais instituições, por seu turno, é atribuída parte dessa responsabilidade, devendo, portanto, empregar o melhor de si para que tal escopo seja atingido.

Quanto ao indulto ao preso doente de Aids, o benefício só é concedido ao condenado à pena privativa de liberdade que se encontra em estado avançado de doença grave e irreversível, assim comprovado por laudo médico oficial, e desde que haja concordância do mesmo.

Fontes:

Decreto Federal Nº 953/93

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.359/92

Pareceres do Conselho Federal de Medicina Nº 14/88 e Nº 4/91

PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

1 - folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

2 - descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

a) descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;

b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;

c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);

d) análise crítica de riscos e benefícios;

e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;

f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;

g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;

h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;

i) demonstrativo da existência de infra-estrutura neces- ►

sária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender a eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;

j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;

l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; nesse caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;

m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam favoráveis ou não; e

n) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais . . . Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis;

b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;

c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimes, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;

d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Fornecer cri-

térios de inclusão e exclusão;

e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;

f) descrever qualquer risco, avaliando-lhe a possibilidade e a gravidade;

g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e

h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa;

4 - qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes;

5 - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

Fonte:

Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº196/96

PRONTUÁRIO MÉDICO

É o meio indispensável para aferir a assistência médica prestada, devendo conter de forma legível: identificação do paciente; evolução médica diária; evoluções de enfermagem e outros profissionais assistentes; exames laboratoriais, radiológicos e outros; raciocínio médico; hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo; conduta terapêutica; prescrições médicas e de enfermagem; descrições cirúrgicas, fichas anestésicas; resumo de alta; fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência; folhas de observação médica, boletins médicos.

O prontuário deve ser guardado por um período de dez anos podendo, após esse prazo, ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas.

Caso o pedido seja feito pelos familiares do paciente, é necessário que ele autorize o acesso pretendido ao prontuário. Na hipótese de que o paciente não tenha condições para isso ou tenha ido a óbito, as informações devem ser dadas sob forma de laudo ou até mesmo cópias. No caso de óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a *causa mortis*.

Quando a solicitação for do responsável legal pelo paciente menor ou incapaz, deve ser permitido o acesso ao prontuário e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações contidas. A não ser que haja autorização expressa do paciente, é vedado ao médico fornecer informações do prontuário às empresas de planos de saúde. O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou da ficha médica.

Nos casos do art. 269 do Código Penal, em que a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se, exclusivamente, a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente. Na investigação da hipótese de cometimento de crime, o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante. O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Para defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Fontes:

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.331/89

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.605/00

Resolução do Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo Nº 70/95

PUBLICIDADE

É vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia ou laboratório farmacêutico, no sentido de obter vantagens pessoais ou renunciar à independência no exercício da profissão;

Dessa forma, é proibida a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica.

Ao proferir palestras ou escrever artigos divulgando ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamentos para uso na medicina, o médico deve deixar claro quem lhe patrocina as pesquisas ou as apresentações. Também deve indicar a metodologia empregada nas pesquisas ou referir a literatura e a bibliografia que serviram de base à apresentação.

São co-responsáveis os médicos editores de periódicos e organizadores de eventos científicos em que artigos, mensagens e matérias promocionais forem apresentados.

De acordo com a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 2000, os laboratórios não podem utilizar na propaganda expressões como "recomendado por especialistas" ou "demonstrado em ensaios clínicos". Também estão impedidos de sugerir a ausência de efeitos colaterais usando as frases "sem contra-indicações" ou "produto natural".

Já os medicamentos que são vendidos somente com receita médica, só podem ter propagandas veiculadas em publicações especializadas.

Estão proibidas também as propagandas que indicam

determinados medicamentos mediante alguns sintomas. Mensagens que passam a idéia de que o consumidor pode ter potencial físico, mental, sexual ou afetivo melhorado com o uso do produto são igualmente vetadas.

Os representantes de laboratórios estão proibidos de oferecer qualquer tipo de vantagem a médicos para que prescrevam certos medicamentos, bem como não podem distribuir amostras grátis para não médicos.

Fontes:

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.595/00

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(Anvisa) Nº 102/00

RECUSA

Do médico em tratar paciente.

Pode o médico, no âmbito da clínica particular, recusar serviços profissionais a quem não deseje como paciente, ressalvadas as situações em que está obrigado a atender: ausência de outro médico no local, em casos de urgência, ou quando a negativa puder trazer danos irreversíveis ao paciente (CEM, arts. 7º e 58). Entretanto, se o médico mantiver relação de trabalho com entidade pública ou privada que se dispõe a receber casos de determinada natureza não poderá se recusar a atendê-los, posto que há prévios compromissos entre médico e instituição e entre instituição e usuário que devem ser respeitados, sob pena de ser desarticulado um sistema de atendimento. Em contrapartida, poderá sempre o médico exigir de tais instituições condições dignas de exercício da profissão, o que engloba, entre outros fatores, mecanismos de proteção individual e coletiva que encontrem fundamento no conhecimento científico disponível a respeito. Ressalte-se, a propósito, que cabe ao médico, em posição de chefia nessas instituições, o dever de atuar no sentido de que tais condições sejam oferecidas aos colegas que nelas trabalham.

Do estabelecimento de assistência médica

O serviço de saúde somente poderá recusar o atendimento a doente de Aids se não dispuser de recursos para tal, não se destinar a esse específico tipo de atividade ou clientela, desde que haja na localidade outro estabelecimento em condições de fazê-lo. Na situação de urgência o atendimento não pode ser recusado, o que caracterizaria omissão de socorro.

No trabalho em equipe que se desenvolve nos estabelecimentos de saúde destacam-se duas importantes medidas:

1. O acesso à ampla informação acerca da doença, características e manifestações, possibilidades de tratamento e meios de prevenção. É imperioso que tal conhecimento seja difundido a fim de que se possa evitar problemas advindos da ignorância dos fatos (discriminação, preconceito, conduta inadequada ou errada em face do paciente, utilização indevida de instrumentos e materiais, proteção individual e coletiva insuficientes ou inexistentes). A segurança da equipe multiprofissional depende, fundamentalmente, desse processo de estudo da doença e tudo a ela relacionado, o qual deve ser constante, possibilitando a todos contínua reciclagem.

2. O fornecimento de condições adequadas de trabalho engloba o acesso a meios de proteção individual e coletiva. Destacam-se aqui a criação de rotinas e procedimentos, o uso de equipamentos de proteção e o estabelecimento de programas de treinamento e de supervisão (CEM, arts. 14, 17 e 18).

Devem os médicos, nas instituições, transmitir aos demais membros da equipe multiprofissional as informações necessárias ao correto atendimento do paciente e a precaução a ser adotada. Não há, nessas circunstâncias, quebra de sigilo, uma vez que o trabalho da equipe é extensão da ação do médico e os membros estão igualmente presos à guarda das informações obtidas, preservando-se, assim, a intimidade do paciente.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 14/88,

REPRODUÇÃO ASSISTIDA

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo aprovou, em 2001, recomendação que dispõe sobre a concepção e a reprodução assistida envolvendo portadores do HIV.

O documento esclarece que é possível reduzir significativamente a possibilidade da transmissão vertical do HIV, se a mãe HIV-positiva tiver acesso a tratamento adequado e acompanhamento médico durante a gestação e o parto; que a inseminação intra-uterina de espermatozóides tratados de homem HIV-positivo, assim como a transferência de embriões são hoje cada vez mais possíveis com o avanço de métodos de isolamento de espermatozóides e controles virológicos; que os métodos disponíveis de reprodução assistida não permitem concluir que há um risco zero de infecção pelo HIV, mas o reduzem de maneira significativa, se comparado com relações sexuais não protegidas; que, na fecundação obtida por reprodução assistida, não há risco de infecção (ou reinfecção) do (a) parceiro (a) nos casais em que só a mulher é HIV-positiva ou casais em que ambos são soropositivos para o HIV; que há risco de infecção do neonato ao nascer, principalmente se a mãe HIV-positiva, no momento do parto, tiver carga viral detectável.

Por fim o Cremesp recomenda:

Artigo 1º - O médico deve respeitar a autonomia do casal com sorologia positiva para o HIV (seja um ou os dois parceiros), esclarecendo sobre os possíveis riscos decorrentes da decisão de ter filho.

Artigo 2º - O médico deve informar o casal sobre as opções possíveis de concepção e as condutas terapêuticas normatizadas pelo Ministério da Saúde para a ges-

tante e o neonato, durante a gestação, no momento do parto e após o nascimento. Cada caso deve ser analisado em função da situação clínica por um médico experiente no tratamento da infecção pelo HIV e, sempre que possível, amparado por uma equipe multiprofissional.

Artigo 3º - O médico deve sempre aconselhar quanto aos riscos da concepção natural por meio de relações sexuais desprotegidas.

Artigo 4º - Nos casos de procedimentos que envolvem reprodução assistida, deve ser obtido o consentimento livre e esclarecidos de ambos os parceiros antes de tais procedimentos.

Fonte:

Resolução do Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo Nº 01/01.

RESPONSABILIDADE

(DE MÉDICOS E SERVIÇOS)

O atendimento profissional a pacientes e indivíduos portadores do HIV é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo. Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza.

O diagnóstico de Aids, por si só, não justifica o isolamento ou o confinamento do paciente. É responsabilidade do médico, da instituição e do Diretor Técnico garantir a preservação dos direitos das pessoas portadoras do vírus HIV.

Em nenhum caso, exames de rastreamento do vírus HIV podem ser praticados compulsoriamente. O segredo médico que liga os médicos entre si e cada médico a seu paciente deve ser absoluto, nos termos da lei e notadamente resguardado em relação aos empregadores e aos serviços públicos.

É responsabilidade da instituição pública ou privada e do Diretor Técnico garantir e promover a internação e o tratamento de portadores de Aids quando houver indicação clínica para tal.

É responsabilidade do Diretor Técnico ou Diretor Médico das instituições intermediadoras dos serviços de saúde de qualquer natureza, inclusive seguradoras, a autorização de internação, a manutenção do custeio do tratamento e a autorização para exames complementares dos pacientes associados ou segurados portadores de Aids.

O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da Aids de qualquer paciente, mesmo quando submetido a normas de trabalho em servi-

ço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disso resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou a família.

As instituições públicas e privadas ficam obrigadas a desenvolver programas internos de atualização do corpo de funcionários em relação à Aids, assim como promover treinamento e orientação quanto aos cuidados de manuseio e utilização de material biológico.

O atendimento a qualquer paciente, independente da patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas universais de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), razão pela qual nenhuma instituição poderá alegar falta de condições específicas para prestar a assistência de que trata esta Resolução.

Fonte:

Resolução do Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro N° 35/91

SANGUE

Os bancos de sangue, os serviços de hemoterapia e outras entidades afins ficam obrigados a proceder ao cadastramento dos doadores e a realizar provas de laboratório, visando a prevenir a propagação de doenças transmissíveis através do sangue ou de suas frações.

O cadastramento referido no artigo anterior deverá conter o nome do doador, sexo, idade, local de trabalho, tipo e número de documento de identidade, histórico patológico, data da coleta e os resultados dos exames de laboratório realizados no sangue coletado.

As provas de laboratório referidas incluirão, obrigatoriamente, aquelas destinadas a detectar as seguintes infecções: hepatite B, sífilis, doença de Chagas, malária e síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).

O médico que atua em hemocentros e bancos de sangue é obrigado a cumprir a lei e a observar a necessidade de informar ao doador o resultado do teste sorológico, bem como dos desdobramentos possíveis em face do encontrado.

Fontes:

Lei Federal Nº 7.649/88

Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 14/88

SAÚDE OCUPACIONAL

Nas atividades de pronto atendimento, prontos-socorros, traumatologia, moléstias infecto-contagiosas, cirurgia, análises clínicas, anatomia patológica, serviços de verificação de órbito e outros serviços com riscos de exposição a fluidos orgânicos potencialmente contaminados, os médicos deverão ter acesso a dispositivos de proteção adequados, tais como: óculos de proteção, aventais impermeáveis, luvas e máscaras; imunização contra agentes biológicos, tais como: hepatite B, Gripe (Influenzae) e demais doenças evitáveis por vacinação; em casos de acidentes do tipo pérfuro-cortante com material potencialmente contaminado, não de ser adotadas medidas de quimioprofilaxia de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, devendo os fluxogramas de procedimentos ser devidamente registrados.

Nas atividades em que existe a presença de ruídos acima do limite de tolerância, radiações ionizantes (RX e radiação gama): proteção coletiva tais como paredes e anteparos protetores plumbíferos. Como proteção individual, luvas, aventais, óculos e protetores de tireóide plumbíferos; protetores auriculares.

Nas atividades em que existe a presença de gases anestésicos, vapores e poeiras tóxicos, tais como centrais de esterilização, centro cirúrgico, preparo de quimioterapia, patologia clínica e medicina legal: ventilação local exaustora, capelas com fluxo laminar e, na impossibilidade do controle eficaz dessa forma ou em caráter complementar, o uso de máscaras com filtros adequados.

Nas atividades em que grande demanda de atendimentos em condições penosas, altamente estressantes e regimes de plantão de 12 e 24 horas: os médicos deverão ►

ter condições que permitam pausas compensatórias e conforto para repouso alimentação, higiene pessoal e necessidades fisiológicas. Já os ambientes nos quais ocorreram procedimentos médicos, tais como centros cirúrgicos, prontos socorros e consultórios, deverão possuir um grau de iluminação, conforto térmico e acústico adequados às tarefas executadas.

Serviços de pronto socorro geral e/ou psiquiátrico deverão contar com pessoal preparado e treinado para a adequada contenção de pacientes agitados e/ou agressivos.

Em locais de trabalho sabidamente violentos e que exponham a risco a integridade física dos médicos no atendimento de pronto-socorro, deverá haver a manutenção de plantão policial ou, na impossibilidade, segurança privada.

Estando a médica em período de gestação, deverá ser permitido à mesma a opção por não atuação em áreas de risco à saúde materno-fetal, quando impossível a proteção efetiva nas atividades habituais.

Os estabelecimentos ou serviços de saúde, públicos e privados deverão providenciar a realização de exame médico periódico adequado para cada risco ocupacional específico, com o objetivo de prevenir ou diagnosticar precocemente agravos à saúde dos médicos que labutam para os mesmos.

Tal obrigatoriedade não exclui a necessidade de consentimento para execução de tais exames; sendo que, em caso de recusa, o médico deverá assinar um termo de responsabilidade que permanecerá arquivado na instituição.

Além de anamnese e exame físico, deverão ser reali-

zados os seguintes exames complementares nos médicos: hemograma completo, semestral, para os médicos executantes de procedimentos anestésicos, cirúrgicos, radiodiagnósticos, radioterapêuticos e no preparo de quimioterapia; RX de tórax anual e PPD para aqueles expostos a BK, enzimas hepáticas para anesthesiologistas; dentre outros.

Ficam proibidos plantões superiores a vinte e quatro (24) horas ininterruptas, exceto em caso de plantões à distância.

Fonte:

Resolução do Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo N° 90/00

SIGILO

O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com Aids. Isso se aplica, inclusive, aos casos em que o paciente deseja que a condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente.

Será permitida a quebra do sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (ex.: notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito) ou por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à condição de infectado).

O médico que presta serviços a empresa está proibido de revelar o diagnóstico de funcionário ou candidato a emprego, inclusive ao empregador e à seção de pessoal da empresa, cabendo-lhe informar, exclusivamente, quanto à capacidade ou não de exercer determinada função.

São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito de indenização por dano material ou moral decorrente da violação.

Fontes:

Constituição Federal, art. 5º

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.359/92

TERAPIAS ALTERNATIVAS

O art. 124 do Código de Ética Médica veda ao médico “usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou do responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências”.

Nesse sentido, é proibido aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica para tratamento de pacientes portadores do HIV e doentes de Aids

O reconhecimento científico, quando ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando-lhe a prática pelos médicos no país. Também implicará em infração ética qualquer vinculação de médicos a anúncios referente a tais métodos e práticas não reconhecidas.

Fonte:

Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.499/98

TESTAMENTO

Bastante utilizado em alguns países, o testamento em vida é um instrumento pelo qual o paciente, quando ainda lúcido e integralmente capacitado para tomar decisões a seu próprio respeito, e sabendo que num futuro próximo irá perder essa condição, estabelece a sua vontade quanto aos recursos que deseja ver utilizados na manutenção de sua vida na fase terminal.

Evidentemente, tal instrumento não tem valor legal, mas somente indicativo. É aceito que, dentro da legalidade e da ética, deve o médico respeitar a vontade do paciente que, no entanto, não pode obrigar o profissional a atos antiéticos. Assim, por exemplo, não pode haver um testamento em vida solicitando eutanásia, quando o paciente se encontra em situação degradante e irreversível, obrigando o médico a executá-la. Pode, no entanto, sugerir até que ponto o paciente desejaria que fossem utilizados recursos extraordinários para o prolongamento de sua vida. Mesmo assim, caso o médico assistente sinta que os termos do testamento em vida se chocam com a visão de como atuar de uma maneira profissionalmente correta, deve deixar isso claro ao paciente, se ele ainda estiver lúcido, ou caso contrário, aos familiares e responsáveis, e solicitar-lhe a substituição por outro profissional que não tenha restrições quanto à atuação médica sugerida.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 11/92

TESTE SOROLÓGICO

O exame anti-HIV deve ser voluntário, após informações completas e adequadas ao paciente quanto à finalidade. O paciente que se recusar a ser testado não deve ter prejuízos em sua assistência em decorrência de tal decisão.

Os paciente soropositivos deverão ter garantias de sigilo em relação ao resultado e de manutenção de todos os direitos em relação à assistência oferecida pela instituição, sem prejuízo na qualidade do atendimento.

Quanto à triagem sorológica em ambiente hospitalar, é um procedimento ilógico e inefetivo. Nos setores de emergência e de maternidade, por exemplo, não haveria tempo útil para aguardar resultados de testes sorológicos. Pacientes já com viremia, mas ainda com sorologia negativa, poderiam levar a uma falsa sensação de segurança, com risco até aumentado de acidentes com risco de infecção pelo relaxamento nas precauções trazido por esse resultado. O que fazer com pacientes que se negassem a se submeter ao teste? Recusar-lhes a assistência procurada ou considerá-los como de alto risco? A triagem para HIV, por outro lado, não ajudaria a proteger a equipe contra outras infecções transmissíveis pelo sangue, como a hepatite B ou a hepatite C, para a qual ainda não existe prevenção vacinal disponível.

Além disso, a triagem obrigatória de pacientes traria, como consequência lógica, o direito dos pacientes em exigir também testes sorológicos para a equipe de saúde, em especial aqueles envolvidos em procedimentos invasivos. Esse exame teria que ser suplementado a questionários quanto a comportamento de risco, com repetição periódica, tanto dos testes quanto dos questionários, ►

com intervalos não superiores a alguns meses. Finalmente, não existem provas de que o conhecimento da situação de infecção pelo HIV reduza o risco para a equipe que cuida do paciente.

Assim sendo, o nível de precauções universais deve estar ligado basicamente ao risco de infecção com sangue durante o procedimento. Isso trará proteção para todas as doenças de transmissão sangüínea, conhecidas ou não, e fará com que as precauções se tornem rotineiras, reduzindo os riscos de enganos ou confusões pela equipe.

O Conselho Federal de Medicina decidiu que é vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, em especial como condição necessária a internamento hospitalar, pré-operatório, ou exames pré-admissionais ou periódicos e, ainda, em estabelecimentos prisionais.

Também de acordo com portarias interministeriais do Governo Federal, é vedada a realização de teste compulsório prévio à admissão ou à manutenção de matrícula e freqüência de aluno nas redes pública e privada de ensino em todos os níveis, bem como para admissão e manutenção de emprego no âmbito do Serviço Público Federal.

Fontes:

Portaria Interministerial N° 796/92

Portaria Interministerial N° 869/92

Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 1.359/92

Parecer do Conselho Federal de Medicina N° 11/92

TESTE RÁPIDO

Testes rápidos para a detecção de anticorpos anti-HIV são testes de triagem que produzem resultados em, no máximo, 30 minutos. Existem no mercado diversos testes rápidos disponíveis, produzidos por vários fabricantes e que utilizam diferentes princípios técnicos. Apresentam metodologia simples, sensibilidade e especificidade similares aos Elisa de terceira geração. Conforme citado nas Portarias 008/96 e 488/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária, somente conjuntos diagnósticos com registro da Vigilância Sanitária e submetidos a testes de análise prévia poderão ser comercializados no País.

Os testes rápidos deverão ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados e o sistema submetido a controle de qualidade, como é feito para os laboratórios que realizam a sorologia convencional. Os resultados não reagentes nos testes rápidos devem ser comunicados por profissionais devidamente treinados, que informem ao indivíduo sobre as limitações do teste. Resultados reagentes nesses testes devem ser obrigatoriamente submetidos a testes confirmatórios antes de serem entregues aos pacientes.

Os médicos só devem solicitar teste rápido em situações de emergência, em que o uso não é dirigido primariamente para fins diagnósticos e sim para ocasiões em que existe a necessidade de se avaliar e decidir rapidamente sobre a utilização de profilaxia medicamentosa para a infecção pelo HIV. Isso ocorre, principalmente, nos casos de profissionais de saúde que tenham tido exposição ocupacional de risco ou de gestantes prestes a entrar em trabalho de parto, ou já em trabalho de parto, e que não tenham sido testadas para o HIV no pré-natal ►

(ou cujo resultado não esteja disponível).

Nessas situações, os testes rápidos se mostram convenientes para se indicar um tratamento profilático em tempo hábil e com boa relação de custo-efetividade, justificando, assim, o seu uso. Tendo em vista que não se trata de um exame com fim diagnóstico e que o resultado é considerado como provisório, pode ser aceita a realização de um único teste rápido para se tomar uma decisão terapêutica de emergência. Nesse caso, é imprescindível que a amostra reagente ou o paciente sejam encaminhados o mais rápido possível, e em caráter prioritário, para realização de testes confirmatórios.

Fonte:

Testes Rápidos: Considerações Gerais para seu Uso com Ênfase na Indicação de Terapia Anti-Retroviral em Situações de Emergência
Ministério da Saúde, 2000

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

O fato de o paciente sob tratamento de urgência ou emergência necessitar de remoção de um hospital privado para o SUS é um evento totalmente administrativo e de âmbito diverso do ato profissional. Ele cuidará do paciente independente de remoção ou não. Não se deve confundir a obrigação que o médico tem de realizar um relatório médico para acompanhar ou antecipar informes para a remoção, com o ato puramente administrativo de conseguir vaga no SUS.

Isso deve ser preocupação de contratante, contratado ou prestador administrativo dos serviços, mas, seguramente, nunca do médico assistente que não pode ter interesse ou desinteresse que lhe macule ou influencie o desempenho. Muitas vezes, não poderá parar de realizar procedimento médico para substituí-lo com atitudes administrativas.

Dáí, entendermos que, com perspicácia, o legislador deve responsabilizar a operadora pela remoção do paciente até o registro dele no SUS.

O médico, por sua vez, deverá encaminhar relatório para remoção. Muitas vezes, preocupado com o paciente, poderá até contribuir com informes telefônicos a médico de instituição do SUS. Tudo isso no âmbito exclusivamente técnico e jamais com a responsabilidade administrativa de procurar vaga no SUS, para remoção.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 35/99

USUÁRIOS DE DROGAS

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo está autorizada a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas endovenosas, com o objetivo de reduzir a transmissão do vírus da Aids por via sanguínea em São Paulo.

A Secretaria de Estado da Saúde garantirá anonimato aos usuários que procurarem o serviço. Fica facultado à Secretaria da Saúde celebrar convênios com municípios, universidades e organizações não-governamentais, visando a acompanhamento, execução e avaliação da lei.

Fonte:

Lei Estadual N° 9.758/97

VIGILÂNCIA SENTINELA

O modelo de inquérito epidemiológico Vigilância Sentinela, coordenado por instituições públicas oficiais, que consiste na realização de exames sorológicos com método anônimo e não relacionado, não fere o Código de Ética Médica.

O Projeto Nacional de Vigilância Sentinela do HIV, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, foi implantado a partir de maio de 1992. As amostras de sangue originalmente colhidas em pronto-socorros, maternidades e outros serviços são usadas como testagem para o HIV pelo método anônimo não vinculado. Esse tipo de testagem oferece grande vantagem metodológica sobre o teste voluntário ou mandatório, já que minimiza o desvio de participação. A Organização Mundial da Saúde recomenda a Vigilância Sentinela do HIV como o principal método de coleta de dados para detecção da infecção pelo HIV e monitoramento da disseminação geográfica, demográfica e temporal. Os resultados da Vigilância Sentinela do HIV no Brasil têm sido úteis para melhor entendimento da distribuição contemporânea da epidemia do HIV; sensibilização política e mobilização de fundos; alocação racional de recursos para atividades de prevenção e controle do HIV nas diferentes regiões do país.

O médico não pode solicitar exame do paciente nem tampouco revelar o resultado sem prévio consentimento dele, conforme determinam os artigos 46, 56 e 102 do Código de Ética Médica. Sendo assim, incorrerá o médico em infração ao Código de Ética caso solicite, por exemplo, exame sorológico para HIV sem esclarecimento prévio ao paciente, bem como divulgue o resultado do exame para terceiros, sem consentimento prévio. ►

No entanto, na Vigilância Sentinela do HIV, em nenhum momento o paciente é identificado, estando garantida, em princípio, a privacidade.

Como toda pesquisa, além do protocolo rigorosamente elaborado, o Projeto Vigilância Sentinela precisa ser executado por instituições idôneas, em que se possa ter absoluta garantia da não-identificação dos participantes da amostra.

Fonte:

Parecer do Conselho Federal de Medicina Nº 29/96

Impressão:
CLY - Companhia Lithográfica Ypiranga
Tel.: (11) 3825-3255 Fax: (11) 3826-9137