

## Ética Médica

Esta Secção visa ressaltar os aspectos éticos envolvidos em condutas adotadas em casos clínicos, de preferência reais. Faz-se a descrição de um caso clínico, solicitando-se a opinião de profissionais reconhecidamente competentes. Para garantir a utilidade social e acadêmica da Secção, os responsáveis solicitam e agradecem a contribuição dos leitores.

Espera-se receber casos reais para discussão, comentários relativos às posições dos profissionais selecionados e informações que possibilitem o exame ético dessas mesmas posições.

*Oliveiros Guanais  
Roni Marques*



Agnodice. Primeira médica grega. Medallón en l<sup>a</sup> Nueva Facultad de Medicina, París.

### HISTÓRICO

Paciente acometido de AVC é levado de UTI móvel para o hospital de propriedade de seu plano de saúde.

O plantonista-chefe do hospital, alegando falta de meios para assistir o paciente nas condições em que este se encontrava, recusa-se a recebê-lo. Conseqüentemente, o médico encarregado da remoção recusa-se a continuar responsável pelo paciente, alegando que seu dever completava-se com a entrega do enfermo ao hospital, que tinha a obrigação de atendê-lo, não lhe competindo percorrer a cidade à procura de hospital para um paciente em estado grave que fora parar em suas mãos por conta de um atendimento domiciliar.

O desentendimento transformou-se em agressões verbais e o médico do transporte resolveu deixar o paciente no ambulatório do hospital, à vista mas sem consentimento do plantonista.

Ambos apresentaram queixa no Conselho Regional de Medicina.

Como avaliar os aspectos éticos da questão?

**Lúcio Mário da Cruz Bulhões**  
Presidente do Conselho Regional de  
Medicina do Mato Grosso do Sul

O Código de Ética Médica inicia seus capítulos com previsões contidas nos princípios fundamentais, as quais dissecam o caso em tela de maneira cristalina.

Antes de tudo, dentre os princípios éticos fundamentais, está o zelo com o paciente, a quem ambos os médicos devem total atenção. Se mais responsabilidade imediata tem o médico acompanhante, parcialmente também cotiza deveres com o doente aquele médico do hospital procurado, que se obriga a considerar todas as condições momentâneas relativas ao estado geral do paciente em suas alterações clínicas e risco potencial frente à possibilidade de transporte, cujo reenvio a outro hospital poderia gerar consequências adversas, lesões irreversíveis ou, mesmo, morte. A discussão e julgamento daquele momento jamais podem elevar à primeira instância a falha no aviso prévio acerca da chegada do paciente ao hospital ou aos direitos do seu plano de saúde. Isto é posteriormente discutido no âmbito administrativo (mesmo que esta lógica ainda não tenha sido minuciosamente regulada pela Agência Nacional de Saúde, prestigiando o cuidado com a vida acima dos direitos privados de hospitais ou planos de saúde).

Apesar do fato circunstancial de o paciente ter entregue prévia e suplementarmente a sua saúde a um plano privado, então proprietário do hospital, corroborar a necessidade de atenção redobrada por parte do médico plantonista, esta não pode ser a via de preocupação que macule ou influencie as decisões profissionais. Sempre há de se diferenciar o ato profissional do ato administrativo.

Mesmo na falta de importantes dados que facilitariam a avaliação do caso clínico em discussão, dentre os quais o tipo de AVC, detalhes do quadro clínico do paciente ou os meios alegados em falta no hospital, que não permitiram um tratamento clínico inicial e possível na imensa maioria destes casos, temos que:

o paciente, estando em citado estado grave e necessitando de internação, ficou ao relento em meio a uma tempestade inicialmente administrativa, sob cotejos de acusativas responsabilidades dentre ambos os médicos;

o médico acompanhante jamais deveria deixar o paciente em ambiente impróprio, sem entrega do mesmo à responsabilidade profissional de outro médico. A princípio, agiu com falta de zelo e prudência, agrediu verbalmente o colega plantonista e abandonou paciente sob seus cuidados (art. 2º, art. 19, art. 29, art. 61 do CEM);

o médico plantonista ainda tem muito o que explicar acerca da falta de condições locais para prover tratamento no hospital, mesmo que inicial, à paciente que tinha direitos contratuais com o hospital e que naquele momento encontrava-se dentro de uma ambulância, submetido a riscos potenciais durante novo transporte para local indefinido. Uma situação é faltar vagas no hospital. Outra, bem diferente, é faltar condição própria de atendimento, a princípio clínico neste caso, que não foi esmiuçado e pontuado pelo médico plantonista. Este, então, ao que parece, também desconsiderou o devido zelo com o paciente, agrediu o colega acompanhante com palavras e deixou de atender ao paciente, não procedendo à internação hospitalar, fato que, dependendo do apurado, poderia ser avaliado como imprudente atitude médica (art. 2º, art. 19, art. 29, art. 35 do CEM);

resta ainda averiguar, através de mecanismo sindicante, se existia alguma ordem da diretoria clínica cerceando a decisão de médicos plantonistas quanto à internação de pacientes.

Ante o exposto, vislumbra-se infração ética por parte de ambos os médicos, merecendo instrução em um mesmo procedimento processual ético.

Este caso bem exemplifica algumas variantes que influenciam no exercício da Medicina. O **intermediário econômico** (plano de saúde) provocou o encaminhamento do paciente àquele local. Existe a responsabilidade do plano, geralmente propagandeada em publicidades irrestritas, mas e a **capacidade instalada**, permite receber qualquer paciente? Eventualmente, até terceiros médicos não terão conhecimento dos limites locais. A **urgência** sempre determina a escolha imediata de local que admita paciente com a vida mantida dentro das limitações de uma UTI móvel. O **relacionamento profissional interpessoal** afeto aos médicos deve estar isento ao máximo de determinantes que possam interferir na agilidade da decisão médica. O fator mais importante é a saúde do paciente e em nome dela tornam-se veleidosos e secundários os comportamentos comuns em momentos conflituosos, tais como demonstrações de poder ou insistência de vitória durante querelas. O médico, em geral, precisa praticar com apurada sensibilidade e aprender a despir-se destes eventuais e prováveis comportamentos. Tivessem os médicos parado para proceder a internação ou ter-se posto à disposição para procurar vaga em outro hospital, o paciente não seria largado em ambiente impróprio. Tivessem os médicos estendido as mãos e não cerrado os punhos, nada disto ocorreria.

**Antônio Pinheiro**  
Conselheiro do CFM

Este é um caso de possível ocorrência, principalmente em virtude da má qualidade de atendimento prestada aos usuários de alguns planos de saúde, que funcionam sem retaguarda necessária para atender sequer a casos de média complexidade. O médico da UTI móvel recebeu orientação, talvez de familiar do paciente, para conduzi-lo ao hospital de seu plano de saúde, e assim o fez.

O médico que o atendeu, um plantonista-chefe, possivelmente empregado do plano de saúde, recusa-se a receber o paciente alegando falta de meios para atender o caso. Discutem, e o paciente fica no ambulatório, sabe-se lá em que condições. Gostaria de acrescentar um terceiro membro, médico, cujo envolvimento seria passível de investigação. Trata-se do diretor-técnico do plano de saúde, responsável frente ao Conselho Regional de Medicina pelas condições disponíveis e necessárias para o exercício e o perfeito desempenho da atividade médica no âmbito daquela instituição, conforme determina a Resolução CFM n° 1.342/91, que no seu artigo 1º explicita: “Determinar que a prestação da assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos princípios éticos, *ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento*, sem prejuízo da apuração penal ou civil “ (grifo meu).

Acredito que apesar das denúncias terem sido formuladas pelos dois médicos, um contra o outro, é obrigação do Conselho Regional de Medicina apurar o fato amplamente, ouvindo não só as partes mas, neste caso, também a família do paciente. Deve tomar conhecimento do teor do contrato oferecido pelo plano de saúde, confrontando-o com o contido na Lei n° 9.656/98, que trata da constituição e funcionamento dos planos de saúde - lei esta que apesar das inúmeras modificações sofridas em seu texto através de

medidas provisórias ainda baliza aquela atividade. Digo isto porque entendo que sendo os Conselhos de Medicina autarquias criadas por lei federal, com o objetivo de regular o exercício da Medicina em relação à sociedade, devem, se constatada irregularidade no funcionamento do plano de saúde, exercitar seu papel e denunciá-lo à autoridade competente; no caso, à ANS e ao Ministério Público.

Não há dúvida que os médicos diretamente envolvidos naquele momento deveriam ter resolvido o caso do internamento sem prejudicar o paciente, ao relegá-lo quase ao abandono momentâneo. A atividade médica presume, entre tantas outras condições para o exercício, o bom senso, a compreensão e a capacidade de solucionar conflitos num ambiente quase sempre tenso, comum aos plantões de hospitais gerais.

A atitude menos cuidadosa por parte dos médicos, em relação ao paciente, necessita de abordagem mais profunda num momento em que se fala sobre a humanização da Medicina.

A formação do médico, a quem tradicionalmente é conferido um caráter autoritário e de possuidor de poder superior nas decisões, vem sofrendo nas últimas décadas desconfortável abalo frente a questões cada vez mais presentes no desempenho profissional, tais como más condições de trabalho, má remuneração e falta de reciclagem técnica, entre outras. Mesmo assim, nada justifica a atitude intolerante de ambos, que prejudicou o paciente e que é condenável sob qualquer abordagem de defesa que tentem.

Frente aos cânones da boa prática médica, os dois médicos perderam o parâmetro técnico e principalmente ético para decidir visando o bem do paciente. Naquele momento, o doente e sua patologia eram o que importava, e não a imposição de prepotência individual a querer impor posição de comando. O fundamento era atender o paciente, prestar o socorro, cumprir o dever básico da atividade médica e só após, com critério e segurança, transferi-lo.

Se a situação não foi resolvida a contento, e as denúncias chegaram ao Conselho, é mister que se promova a devida e ampla sindicância, conforme já me reportei.

Preliminarmente, entendo que o médico chefe do plantão ficou em posição delicada frente ao Código de Ética Médica, quando assumiu chefia em hospital que não lhe ofertava condições, não rebelando-se contra este fato, só vindo a fazê-lo, de maneira errônea, quando da chegada do paciente. Não encontro consistência na alegada falta de condições técnicas para receber o paciente, a não ser que não houvesse instalações de UTI, o que não consta no relato, e que esta fosse a necessidade do paciente. De qualquer forma, o atendimento hospitalar deveria ser melhor que continuar indefinidamente a procura de socorro. Caberia ao plano de saúde dar o atendimento necessário ao paciente, inclusive transferindo-o posteriormente, se assim fosse necessário.

Por outro lado, lastimável é a atitude do médico da UTI móvel quando abandona o paciente nas dependências do hospital, sem transferi-lo for-

malmente a outro médico. O paciente, razão maior da atividade de ambos, foi diminuído a plano secundário, sendo retardado o atendimento médico a um caso grave, possibilitando complicações de dimensões imprevisíveis, mas com certeza prejudiciais ao doente.

Talvez ambos pudessem, de comum acordo e pelo bem do paciente, dialogar sobre a possibilidade de procurarem contato com outro hospital se a assertiva da falta de condições fosse verdadeira, mas sem descuidar do atendimento ao caso. O artigo 2º do Código de Ética Médica, ao enunciar que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, retira a possibilidade de que este conflito seja só um desentendimento entre

colegas, tornando-o, na verdade, uma infração aos fundamentos da profissão. Ambos são possíveis infratores deste artigo se assim aprover a sindicância.

Também o plantonista-chefe pode ser infrator ao artigo 23 do referido Código, pois só naquele momento reconheceu a falta de condições para o atendimento. Entendo, ainda, que o médico da UTI móvel é possível infrator do artigo 61 do CEM, pois naquela oportunidade o paciente estava sob seus cuidados e só transferindo-o formalmente a outro médico ele estaria com sua obrigação cumprida. Por fim, continuo convicto de que a apuração deveria alcançar a diretoria técnica da instituição, a meu ver também culpada pela má qualidade no cumprimento dos deveres para com o paciente-contratante.