

# Relação médico-paciente nos pareceres-consultas enviados ao Cremesp

José Marques Filho<sup>1</sup>, William Saad Hossne<sup>2</sup>

## Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar, à luz da bioética, a frequência e as características dos pareceres-consultas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo atinentes à relação médico-paciente. A amostra baseou-se nos pareceres-consultas publicados no site do conselho regional relativos aos descritores “relação médico-paciente”, “bioética”, “bioéticas”, “bioético”, “bioéticos” e “ética médica”. Foram encontrados 5.012, sendo 2.717 (54,2%) relativos ao descritor “ética médica”, 111 (2,21%) aos descritores “bioética”, “bioéticas”, “bioético”, “bioéticos” e 163 (3,25%) ao descritor “relação médico-paciente”. Conclui-se que a frequência dos relacionados à bioética e à relação médico-paciente é pequena quando comparada aos relacionados à ética médica, e que há predomínio de aspectos deontológicos e administrativos nos pareceres-consultas centrados na relação médico-paciente quando comparados aos aspectos bioéticos. Além disso, os pareceres-consultas e publicações desse conselho regional influenciaram resoluções do Conselho Federal de Medicina e a atualização do Código de Ética Médica.

**Palavras-chave:** Relação médico-pacientes. Ética médica. Bioética. Legislação como assunto.

## Resumen

### Relación médico-paciente en los dictámenes-consultas enviados al Consejo Regional de Medicina

Este estudio tuvo como objetivo evaluar, a la luz de la Bioética, la frecuencia y las características de los dictámenes-consultas del Conselho Regional de Medicina (Consejo Regional de Medicina) del Estado de São Paulo atinentes a la relación médico-paciente. La muestra se basó en los dictámenes-consultas publicados en el sitio del Consejo Regional relativos a los descriptores “relación médico-paciente”, “bioética”, “bioéticas”, “bioético”, “bioéticos” y “ética médica”. Se encontraron 5.012 dictámenes-consultas, siendo 2.717 (54,2%) relativos al descriptor “ética médica”, 111 (2,21%) relativos a los descriptores “bioética-bioéticas-bioético-bioéticos” y 163 (3,25%) relativos al descriptor “relación médico-paciente”. Se concluye que la frecuencia de dictámenes-consultas relacionados con la bioética y con la relación médico-paciente es relativamente pequeña cuando se la compara con los relativos a la Ética Médica, y que existe un predominio de aspectos deontológicos y administrativos en los dictámenes-consultas centrados en la relación médico-paciente en comparación con los aspectos bioéticos. Por otra parte, los dictámenes-consultas y las publicaciones de este Consejo Regional tuvieron influencia en las resoluciones del Conselho Federal de Medicina (Consejo Federal de Medicina) y en la actualización del Código de Ética Médica.

**Palabras clave:** Relación médico-pacientes. Ética médica. Bioética. Legislación como asunto.

## Abstract

### Doctor-patient relationship in consultation reports sent to the Regional Medicine Council

This study aimed to evaluate, in the context of bioethics, the frequency and characteristics of the opinion-consultations of the Conselho Regional de Medicina (Regional Medicine Council) of the state of São Paulo concerning the doctor-patient relationship. The sample was based on the opinion-consultations published on the Regional Council website relating to the descriptors “doctor-patient relationship”, “bioethics – bioethical – bioethical” and “medical ethics”. The total number of opinion-consultations identified was 5,012, of which 2,717 (54.2%) were related to the descriptor “medical ethics”, 111 (2.21%) were related to the descriptors “bioethics – bioethical – bioethical” and 163 (3.25%) were related to the descriptor “doctor-patient relationship”. It was concluded that the frequency of opinion-consultations related to bioethics and the doctor-patient relationship is relatively small when compared to the number of opinion-consultations related to medical ethics, and that there is a predominance of deontological and administrative aspects in the opinion-consultations focused on the doctor-patient relationship, in comparison with bioethical aspects. In addition, the opinion-consultations and publications of this Regional Council influenced Conselho Federal de Medicina (Federal Council of Medicine) resolutions and the updating of the Code of Medical Ethics.

**Keywords:** Doctor-patients relationship. Medical ethics. Bioethics. Legislation as topic.

1. **Doutor** filho.jm@bol.com.br – Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil 2. **Doutor** wsaad@fmb.unesp.br – *in memoriam*.

## Correspondência

Clínica de Reumatologia – Rua Silva Jardim, 343, Centro CEP 16010-340. Araçatuba/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Além de serem responsáveis pela fiscalização exclusiva do exercício profissional da atividade médica no Brasil, conferida pela Lei Federal 3.268 de 1957<sup>1</sup>, os conselhos regionais e o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicam resoluções, atos normativos exclusivos das plenárias dessas autarquias federais, que têm por finalidade regular temas de competência privativa dessas entidades em suas áreas de alcance. No entanto, desde o início de suas atividades, o Conselho Federal e os conselhos regionais de medicina têm publicado pareceres-consultas por conta dos crescentes conflitos éticos relacionados tanto às novas técnicas diagnósticas e terapêuticas, quanto à evolução dos direitos dos pacientes e avanços nas áreas de humanidades.

No âmbito federal, essa atividade foi regulamentada pela Resolução CFM 1.335/1989<sup>2</sup>; no estado de São Paulo, foi regulamentada pela resolução do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) – Resolução Cremesp 223/2010<sup>3</sup>. A distribuição de consultas para se elaborar pareceres segue praticamente a mesma sistemática desde a criação dos conselhos: o presidente da regional, mediante resolução específica, delega a função de distribuir consultas aos secretários, que, por sua vez, as repassam por despacho aos conselheiros da regional ou ao coordenador da câmara técnica relacionada ao tema central.

Depois de elaborados, os pareceres-consultas são submetidos à aprovação da câmara técnica, composta de, no mínimo, cinco membros (delegados e conselheiros). As aprovações devem ocorrer por unanimidade de votos. Caso não se alcance a unanimidade, o parecer-consulta é reapresentado e discutido na plenária do Cremesp pelo conselheiro relator, sendo votado e aprovado por maioria simples de votos.

Embora somente regulamentada oficialmente por resolução publicada em 2010, a elaboração de pareceres-consultas foi desenvolvida pelo Cremesp desde sua criação, como demonstram as obras “Ética médica” publicada em 1988<sup>4</sup>, e sua versão de 1996<sup>5</sup>, além dos pareceres-consultas publicados no site do Cremesp desde 1995<sup>6</sup>.

No Brasil, a transição da ética médica para a bioética teve importante participação do Conselho Federal de Medicina e dos conselhos regionais. Nas últimas décadas, o CFM tem tido grande importância na divulgação da bioética no Brasil, por meio de várias iniciativas, mas, principalmente, pela “Revista Bioética”, publicada regularmente desde 1993, sendo hoje o principal periódico de textos e pesquisas bioéticas no Brasil<sup>7</sup>.

Quanto aos conselhos regionais, o Cremesp foi o primeiro a criar Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética<sup>8</sup>. Ao contrário das demais câmaras técnicas do Cremesp, a câmara de bioética é formada por profissionais de diversas áreas, como enfermeiros, filósofos, teólogos, advogados, entre outros. A câmara foi aprovada na reunião plenária 2.473, em julho de 2000, realizando a primeira reunião já no final do mês seguinte. Esse colegiado, verdadeiro modelo de comitê de bioética em nosso país, tem como principais funções receber consultas despachadas pelos secretários, emitir pareceres e divulgar temas de bioética em eventos e publicações no campo da bioética.

Merece destaque a participação da Câmara Técnica de Bioética do Cremesp na publicação da Resolução CFM 1.805/2006<sup>9</sup>, sobre terminalidade da vida. Após o “Fórum sobre doente terminal” organizado e realizado pela Câmara Técnica de Bioética na sede do Cremesp em maio de 2001, o tema foi mantido em discussão nas reuniões da câmara por cerca de três anos. Para essas reuniões foram convidados juristas, teólogos, filósofos e outros profissionais com reconhecido conhecimento sobre o assunto.

Essa atividade contribuiu para a elaboração do projeto, enviado ao CFM, que culminou na citada Resolução CFM 1.805/2006<sup>9</sup> e foi publicada com pequenas modificações em relação à versão da Câmara Técnica Interdisciplinar do Cremesp. Outro ponto que merece destaque foi a publicação de “Cuidado paliativo”, obra pioneira no Brasil organizada pelo professor Reynaldo Ayer de Oliveira, quando coordenador daquela câmara<sup>10</sup>. Essa foi a primeira publicação técnica sobre o tema em nosso país e teve grande influência para que o CFM incluísse oficialmente a medicina paliativa como área de atuação médica<sup>11</sup>.

Nas discussões sobre terminalidade de vida surgiram diversos pontos de conflitos éticos em relação a cuidados paliativos, nova área de atuação do médico. Após diversas reuniões para se discutir esse tema na Câmara Técnica de Bioética, decidiu-se criar comissão chamada “Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos do Cremesp”, cuja finalidade era aprofundar as discussões a respeito dos cuidados ofertados aos doentes em fase terminal de doenças graves e incuráveis.

Ao final dos trabalhos dessa comissão, percebeu-se que o volume de dados técnicos e de literatura pesquisada, assim como o conhecimento dos membros do grupo – profissionais de várias áreas com experiência em relação a pacientes

fora de possibilidades terapêuticas –, mereceria a publicação de livro que englobasse tanto aspectos técnicos quanto éticos dessa nova área de atuação médica. Cabe registrar, por fim, que a divulgação da bioética no Brasil feita pelo Cremesp também teve grande impulso com a criação do Centro de Bioética<sup>12</sup>.

Diante desse histórico de divulgação e construção da bioética pelo Cremesp no estado de São Paulo e no Brasil, por meio de eventos, publicações, criação pioneira de uma Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética e do Centro de Bioética, torna-se oportuno estudar a frequência e as características das consultas enviadas e dos pareceres emitidos, visando avaliar o impacto das ações do Cremesp na classe médica e sociedade em geral, quanto à bioética como um todo, e, principalmente, no tocante à relação médico-paciente.

Assim, este estudo buscou avaliar, sob o prisma da bioética, as características dos pareceres-consultas submetidos ao Cremesp, bem como a frequência desses documentos considerando especificamente a relação médico-paciente e destacar aqueles com valor histórico, doutrinário ou possível influência nas resoluções do CFM ou na atualização do Código de Ética Médica (CEM).

## Método

Trata-se de estudo retrospectivo com técnica descritiva e exploratória, e de abordagem quantitativa e qualitativa. O período escolhido foi entre 4 de fevereiro de 2002 e 15 de abril de 2015, data do início da publicação dos pareceres-consultas no site do Cremesp e data da coleta dos dados deste estudo, respectivamente.

A pesquisa foi realizada no site do Cremesp na seção “legislação”, link “buscar pareceres”. Foram utilizados os seguintes descritores, pesquisados nos textos dos pareceres-consultas: “ética médica”, “relação médico-paciente”, “bioética”, “bioético”, “bioéticas” e “bioéticos”. O universo desse estudo reporta-se ao total de pareceres-consultas publicados no site do Cremesp concernentes à relação médico-paciente, sendo todos detalhadamente analisados e classificados em três categorias:

1) deontológicos: quando a maior parte do conteúdo da consulta e do parecer tinha aspectos e quesitos com predominância deontológica, ou seja, referentes ao cumprimento de questões morais relacionadas a artigos do CEM;

- 2) bioéticos: quando a maior parte do conteúdo da consulta e do parecer apresentava aspectos relacionados a conflitos de valores, envolvia pacientes e familiares e demandava análise mais reflexiva, com possibilidades de tomada de posições diversas e com potencial de uma discussão mais ampla;
- 3) administrativos: quando a maior parte do conteúdo da consulta e do parecer tinha aspectos com predominância administrativa ou burocrática.

Foram selecionados dez pareceres-consultas atinentes à relação médico-paciente e classificados como “bioéticos”, utilizando-se critérios de valor histórico, importância doutrinária em relação ao assunto em pauta, sua possível influência nas resoluções publicadas pelo CFM ou ainda sua importância para a atualização do CEM em 2009.

## Resultados

O total de pareceres-consultas publicados no site do Cremesp no período deste estudo foi de 5.012. Os pareceres-consultas relacionados ao descritor “ética médica” foram 2.717 (54,2%); os relacionados aos descritores “bioética”, “bioético”, “bioéticas” e “bioéticos” foram 111 (2,21%) e os relacionados ao descritor “relação médico-paciente” foram 163 (3,25%).

Os pareceres-consultas com descritor “relação médico-paciente” (total de 163) foram assim classificados: deontológicos → 129 pareceres-consultas (79,1%); bioéticos → 30 pareceres-consultas (18,4%); administrativos → 4 pareceres-consultas (2,4%).

Entre os 30 pareceres-consultas da amostra, classificados como “bioéticos”, foram selecionados pelo primeiro autor os seguintes documentos, em ordem cronológica de publicação, levando-se em consideração valor histórico, abrangência doutrinária para o tema em questão ou possível influência nas resoluções publicadas pelo CFM e na atualização do CEM vigente: 1) Parecer Cremesp 29.299/1996<sup>13</sup> – transfusão de sangue em testemunha de Jeová; 2) Parecer Cremesp 37.267/1999<sup>14</sup> – distanásia; 3) Parecer Cremesp 105.715/2004<sup>15</sup> – autonomia do paciente; 4) Parecer Cremesp 82.406/2004<sup>16</sup> – sigilo profissional; 5) Parecer Cremesp 84.368/2007<sup>17</sup> – limitação de procedimentos de doenças em fase final; 6) Parecer Cremesp 90.198/2010<sup>18</sup> – comunicação de morte aos familiares; 7) Parecer Cremesp 124.460/2010<sup>19</sup> – termo de consentimento livre e esclarecido na prática clínica; 8) Parecer Cremesp

155.608/2011<sup>20</sup> – conduta médica no abandono de seguimento pós-operatório pelo paciente; 9) Parecer Cremesp 138.679/2012<sup>21</sup> – sigilo do prontuário médico; 10) Parecer Cremesp 18.688/2012<sup>22</sup> – tratamento vital. Ao final pode-se consultar anexo com a descrição de cada parecer.

## Discussão

Nas últimas cinco décadas, a ética médica tradicional apresentou extraordinárias mudanças devido a diversos fatores, mas o surgimento da bioética e seu desenvolvimento podem ser considerados os de maior impacto nesse resultado. Discutindo os direitos humanos nos códigos de ética médica brasileiros, Martin<sup>23</sup> discorreu sobre essa profunda transformação propiciada pelo uso de novos conceitos bastante influenciados pela bioética. Predomina hoje a tendência de formar profissionais da saúde capazes de assumir postura muito mais acolhedora, buscando-se abertura a novos desafios, para que sejam mais responsáveis e solidários na construção de uma ética médica mais consciente da bioética e dos direitos humanos.

Essa transformação se espelha na relação médico-paciente, que nesse período tornou-se bem mais complexa, sob o impacto de alguns fatores. Influenciam essa transformação aspectos díspares como o aumento das consultas imputadas a cada profissional nos sistemas de saúde, a consequente aceleração no ritmo da anamnese e do exame clínico, além da crescente importância de exames laboratoriais e de imagem para o diagnóstico.

A esses fatores soma-se o advento da internet que, muitas vezes, “informa” previamente o paciente sobre seu possível diagnóstico, suscitando em alguns casos angústias e dúvidas infundadas. Por fim, pode-se considerar que contribuiu principalmente para essa transformação a incorporação do referencial bioético da autonomia, que conferiu ao paciente o direito de decidir sobre seu corpo e sobre a terapêutica a ser ministrada<sup>24</sup>.

O Conselho Federal e os conselhos regionais de medicina, instituições que até algumas décadas atrás assumiam posturas paternalistas e conservadoras, também se transformaram. Evidentemente, alguns conselhos regionais têm posições mais conservadoras e outros, como o Cremesp, atuam de forma mais condizente com postura profissional pautada na bioética.

Apesar desse reconhecimento, questiona-se qual seria o impacto prático dessa ação do

Cremesp nos profissionais que exercem a medicina no estado de São Paulo. Acreditamos que o impacto das ações desse conselho – em relação à bioética na prática médica – no estado pode ser avaliado, indiretamente, por exemplo, pelo teor das denúncias que recebe, envolvendo postulados com forte conotação bioética, ou pela análise de ações da promotoria pública, buscando adequar a prática das ações médicas aos pareceres-consultas publicados pelo Cremesp.

Outra maneira de conhecermos melhor essa situação seria estudar a quantidade e o teor das consultas enviadas ao Cremesp pelos médicos que praticam a medicina no estado, verificando-se, principalmente, aspectos relacionados a temas de conotação bioética, como a relação médico-paciente. Nossos dados demonstram que, apesar do investimento que o Cremesp tem feito na área da bioética, com consequente reconhecimento da sociedade e instituições públicas, e impacto na medicina e na educação médica, a demanda de consultas feitas pela classe médica é relativamente pequena, tanto na área da bioética como um todo quanto, particularmente, na relação médico-paciente.

Nessa complexa relação em constante mudança, aumentam os conflitos bioéticos – a própria literatura especializada assim o demonstra –, o que poderia, teoricamente, levar a significativo aumento na demanda de consultas enviadas ao Cremesp. Entretanto, os resultados encontrados neste estudo não confirmam essa expectativa.

Chama atenção a grande quantidade de pareceres-consultas publicados no site do Cremesp – 5.012, no total –, demonstrando que esse instrumento é bastante utilizado pelos profissionais que exercem a medicina no estado de São Paulo, mas também por autoridades e pela sociedade em geral. É de se esperar que aproximadamente metade dessas consultas seja relativa à ética médica (54,2%), pois o escopo do conselho federal e dos conselhos regionais é justamente fiscalizar o exercício profissional e zelar pelo cumprimento do código de ética profissional.

Porém, não deixa de ser surpreendente a pequena quantidade de pareceres-consultas em cujo texto de consulta ou resposta constem os descritores “bioética”, “bioético”, “bioéticas”, “bioéticos” – somente 2,1% do total, ou seja, apesar de a discussão bioética ter sido assimilada, ainda não é identificada como atinente a esse campo. Evidentemente, quando se pesquisa pareceres-consultas de diversos temas ou assuntos – por exemplo, aborto, cuidados paliativos, transplantes etc. –, encontramos questões e

questos de teor compatível com a reflexão bioética; mas, na maioria, esses conflitos têm caráter muito mais deontológico e administrativo que bioético.

Da mesma forma, chamam atenção os poucos pareceres-consultas nos quais consta o descritor “relação médico-paciente” – somente 3,25% do total. Além disso, dos pareceres-consultas relativos à relação médico-paciente, somente 18,4% têm teor compatível com reflexões bioéticas a respeito de conflitos de valores, enquanto a maioria tratava mais de questões de cunho deontológico e administrativo.

O cotejo desses dados com os de outros conselhos regionais e com os do próprio CFM não pode ser feito nesta análise, dada a inexistência de pesquisas sistemáticas ou publicações com as mesmas características deste estudo em nosso país. Nem mesmo na literatura internacional encontramos publicações para esse tipo de comparação, uma vez que a maioria dos países tem sistemas diversos de instituições que fiscalizam o exercício profissional. Embora o CFM publique regularmente obras com pareceres-consultas, estas não dispõem de análise detalhada de frequência de assuntos ou temas<sup>25</sup>.

Algumas ações e pareceres-consultas do Cremesp influenciaram, em certa medida, as resoluções publicadas pelo CFM, sendo que alguns tiveram grande impacto na prática médica no Brasil. Verificou-se que tema frequente nas consultas enviadas ao Cremesp está relacionado à terminalidade de vida e a doentes graves fora de possibilidade de cura. Nessa área, em particular, a influência do Cremesp merece destaque, tanto em relação à postura da entidade nos pareceres-consultas quanto à atitude de promover eventos e discussões sobre conceitos como “obstinação terapêutica” e “cuidados paliativos”.

Cabe ressaltar que as mudanças na última década na área de atenção médica a enfermidades graves e incuráveis foram marcantes em nosso país. A Resolução CFM 1.805/2006<sup>9</sup> influenciou significativamente as reflexões e discussões realizadas pela Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética do Cremesp. Sobre o assunto, vale destacar trecho do Parecer Cremesp 37.267/1999, do professor Marco Segre a respeito do posicionamento do Cremesp sobre “obstinação terapêutica”:

*A situação descrita pela consulente se enquadra claramente nos casos em que o médico, intervindo sobre o paciente, no mais das vezes à revelia ou até contra a vontade dele e de seus familiares, passa a assumir mais a postura de torturador do que de médico*<sup>14</sup>.

Note-se que esta postura do Cremesp foi publicada sete anos antes da publicação da referida resolução do CFM<sup>9</sup>. E, mesmo depois da publicação da Resolução CFM, os pareceres do Cremesp mantêm postura doutrinária na mesma linha de conduta, como demonstra o Parecer Cremesp 84.368/2007:

*Como consta da consulta, de fato, a adoção de medidas de limitação de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, “tem todo amparo ético, moral e legal no Brasil”<sup>17</sup>.*

Esses pareceres do Cremesp contribuíram para implantar a medicina paliativa no Brasil, inclusive para incluir no atual CEM a permissão ética para o não investimento diagnóstico e terapêutico nos casos graves e fora de possibilidades terapêuticas e da inclusão da obrigatoriedade ética dos cuidados paliativos. Não restam dúvidas aos médicos que atuam hoje na área da medicina paliativa que a iniciativa do Cremesp de criar comissão específica para estudar a questão, com a consequente publicação da obra “Cuidado paliativo”<sup>10</sup>, foi o principal fator para o CFM reconhecer oficialmente essa medicina como área de atuação médica no Brasil.

Nessa linha de raciocínio, pode-se citar a contribuição do Parecer Cremesp 18.688/2012 para a Resolução CFM 1.995/2012<sup>26</sup>:

*Reconhecendo que o paciente tem direito a uma morte digna, escolhendo como e onde morrer, recusar ou solicitar certos tratamentos, medicamentos e intervenções, bem assim interrompê-los, é juridicamente possível dispor em documento visando assegurar a garantia constitucional de sua liberdade, inclusive de consciência. Mas não há no ordenamento jurídico pátrio nenhum modelo, fórmula ou previsão legal expressa dos contornos a orientá-lo, porém também não há em sentido contrário, impedindo sua confecção à míngua da previsão de traços que deverá observar. Mas fundamentalmente, mais do que um documento com apelo à formalidade<sup>22</sup>.*

No Brasil, na área de diretivas antecipadas de vontade, podemos mencionar, por exemplo, os estudos de Dadalto, Tupinambás e Greco<sup>27</sup> e de Nunes e Anjos<sup>28</sup>, mas os conflitos de valores relativos a essa temática ainda são pouco discutidos e publicados entre nós. Um aspecto que tem repercutido na reflexão recente sobre o tema no Brasil, considerando especificamente o meio jurídico, é a necessidade da publicação de lei federal normatizando o testamento

vital, como já ocorreu em diversos países, incluindo Portugal e a Espanha. A postura do Cremesp<sup>22</sup> é tratar a diretiva antecipada de vontade como documento essencialmente ético e como consequência da adequada relação médico-paciente.

Embora tenha aspectos jurídicos importantes, não deve ser visto como mero documento, mas construção ética de respeito à vontade do paciente em cada encontro e, principalmente, em fases mais avançadas de doenças graves e fora de possibilidade de cura. A postura adotada pelo Cremesp tem sido dar arcabouço adequado à Resolução CFM 1.995/2012<sup>26</sup>, segundo a realidade brasileira, inclusive ao recomendar que as diretivas antecipadas do paciente sejam anotadas em prontuário médico.

Além disso, a referida resolução chama atenção dos profissionais de saúde para a importância de abordar o tema nas consultas e tratamentos médicos. Pacientes com diagnóstico de doenças graves e progressivas devem ser estimulados a discutir seus valores e preferências, principalmente em fases precoces da doença, pois a própria evolução e o agravamento progressivo de suas funções mentais podem limitar seriamente sua autonomia.

Alguns pareceres do Cremesp têm valor doutrinário, com forte conotação bioética, como aqueles referentes à defesa da ampla autonomia tanto dos médicos quanto dos pacientes. O Parecer Cremesp 29.299/1996, um dos pioneiros no que concerne à conduta médica diante da negação de pacientes “Testemunhas de Jeová” quanto à transfusão de sangue, posiciona-se de forma clara em relação à autonomia dos pacientes. O referido parecer destaca que *é inegável, e cada vez mais aceito pelo direito brasileiro, o direito de quem quer que seja de decidir sobre si mesmo, significando que a pessoa não pode ser constrangida a aceitar qualquer conduta terapêutica, ainda que, na visão de terceiros, essa conduta vá beneficiá-la*<sup>13</sup>.

Outro parecer que pode ser considerado paradigmático para a defesa da autonomia do paciente é o Cremesp 10.5715/2004, cuja ementa define *paciente preso que recusa tratamento de diálise oferecido, requerendo transferência de serviço. Má adesão ao tratamento. Recusa de internação. Direito de escolha deve ser observado*<sup>15</sup>.

Destaca-se ainda desse parecer a postura doutrinária em relação à importância da relação médico-paciente: *Primeiramente, faz-se necessário mencionar que o indivíduo que se encontra preso em função de condenação criminal tem parte de seus direitos suspensos, como decorrência automática*

*da privação de liberdade*<sup>15</sup>. Todavia, o direito do paciente referente à escolha do médico ou da equipe médica que o assistirá, ainda que esteja recluso, deve ser observado, uma vez que a relação médico-paciente não pode ser estabelecida de forma compulsória. Ressalte-se, ainda, *que a autonomia do médico em aceitar a escolha do paciente também deve ser garantida*<sup>15</sup>.

A autonomia ampla para o paciente e para o médico também tem aspecto bioético, como apresenta o Parecer Cremesp 155.608/2011, no qual um cirurgião plástico questiona como proceder diante do abandono, pelo paciente, do seguimento pós-operatório. O parecer assim se posiciona: *Ao médico cirurgião cabe o dever de utilizar todos os meios para chegar aos seus objetivos, utilizando-se de sua perícia, prudência, técnica e respeitar todos os ditames éticos de nossa profissão*<sup>20</sup>. Toda e qualquer anotação médica deve ser devidamente aposta ao prontuário, com todos os detalhes, inclusive, o fato de a paciente ter abandonado seu seguimento pós-operatório.

Deve-se considerar, entretanto, que o abandono é direito de qualquer paciente. A estratégia de convocar a paciente por carta com “aviso de recebimento” parece-nos absurda. Estabelecer prazo para configuração de abandono seria incoerente da mesma forma, já que *é de clareza meridiana que, se a paciente abandonar um seguimento, o cirurgião deixará de ter responsabilidade sobre a mesma, até por impossibilidade lógica de manter a atenção médica*<sup>20</sup>.

O sigilo profissional e a proteção da privacidade do paciente são também temas frequentes nas consultas feitas ao Cremesp. No Parecer Cremesp 82.406/2004, em resposta à questão do uso de tarjas coloridas na capa dos prontuários médicos, de acordo com a patologia do paciente, para facilitar a localização do documento, a postura do Cremesp é firme e objetiva: *o sigilo profissional e a preservação da privacidade dos pacientes são os pilares que sustentam esta singularíssima relação profissional de médico-paciente. Assim, nos parece absolutamente inadequado, sob todos os pontos de vista, o uso de ‘tarjas coloridas’ para identificar paciente com determinado diagnóstico*<sup>16</sup>.

Essa mesma postura doutrinária de proteção ao sigilo médico é mantida no Parecer Cremesp 138.679/2012, que se refere ao acesso ao prontuário médico de paciente por membros de sua família: *A família pode e deve ser informada, mas o compromisso primeiro do médico e da equipe é com a paciente, inclusive na proteção da privacidade da*

mesma. A família deve ser informada do referencial bioético do sigilo a que a paciente tem direito e que a família poderá ter restrição de acesso ao prontuário, se assim for vontade da paciente. Se autorizado pela paciente esse acesso deve ser liberado aos familiares<sup>21</sup>.

A função e as responsabilidades do médico como coordenador da equipe multidisciplinar aparecem em várias consultas enviadas ao Cremesp. A postura do regional paulista tem sido assegurar a importância do médico como coordenador da equipe e sua responsabilidade na qualidade da assistência médica, como demonstra o Parecer Cremesp 90.198/2010. Em resposta ao questionamento de quem seria a responsabilidade de comunicar o diagnóstico ou dar notícia de óbito, o parecer deixa claro qual deve ser o papel do médico coordenador da equipe de saúde:

*Entendemos que explicar determinado resultado de exame, informar o diagnóstico, esclarecer e tirar todas as dúvidas do paciente ou de familiar são ações de competência do médico, coordenador da equipe de saúde, e maior responsável pela qualidade de atenção ao agravo do paciente. Particularmente em relação à informação aos familiares da morte de um determinado paciente nos parece fundamental que seja dada pelo principal responsável pela equipe de saúde, o médico; exceto naqueles casos, por algum motivo particular, que outro profissional possa desempenhar de forma mais adequada, do ponto de vista profissional, essa custosa função. Essas exceções sempre levarão em conta a melhor conduta para aquela determinada situação<sup>18</sup>.*

Especificamente em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) na prática médica assistencial, os pareceres-consultas do Cremesp recomendam – o que tem sido aceito pelos conselhos regionais e o CFM – não torná-lo obrigatório em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Para este caso, o Parecer Cremesp 124.460/2010 define a posição adotada:

*Obrigatoriamente devem constar no prontuário médico os esclarecimentos prestados e o consentimento do paciente. Não achamos razoável nem necessário obter a assinatura do paciente para todo e qualquer procedimento médico. Por outro lado, nada impede que o TCLE seja utilizado em determinados serviços ou departamentos médicos para a realização de exames diagnósticos invasivos, cirurgias e terapêuticas mais agressivas. Não é possível que um diretor clínico baixe norma obrigando o*

*TCLE para todos os procedimentos ou determinados procedimentos<sup>19</sup>.*

Enfim, em relação aos pareceres-consultas que tratam da relação médico-paciente, a linha de orientação dos documentos analisados no Cremesp tem sido o absoluto respeito à autonomia do médico e do paciente, o estímulo à prática do paternalismo benevolente<sup>29</sup> e à decisão compartilhada<sup>30</sup>. Esses preceitos tornam a relação mais simétrica possível, ou seja, médico e paciente assumem devidas responsabilidades, tendo como pano de fundo a clássica *philia* hipocrática.

Depreende-se do estudo que conceitos como “justa distância”<sup>31</sup> – o ponto ideal entre a autonomia do paciente e o paternalismo do médico na relação médico-paciente –, medicina narrativa<sup>32</sup>, baseada no relato autobiográfico do paciente, e pressupostos de filósofos contemporâneos como Paul Ricoeur<sup>33</sup> (“o sofrimento é, tal como o prazer, o último reduto da singularidade”) e Ortega y Gasset<sup>34</sup> (“eu sou eu e minha circunstância”) devem ser mais divulgados na literatura bioética brasileira, para que sejam incorporados aos currículos e à formação profissional, e assimilados nas diretrizes e resoluções das instituições de classe.

## Considerações finais

Ao iniciar estas considerações parece importante mencionar questão que não é tema do trabalho, mas que surge no próprio processo de levantamento dos dados nele utilizados, que demonstra que o recorte metodológico adotado para a realização do estudo é aspecto que transcende a simples aplicação de determinada metodologia. Ao sistematizar as informações se pode verificar que os pareceres-consulta podem indicar valioso método para informar sobre os principais questionamentos dos profissionais, apontando as questões que devem ser debatidas nos fóruns dos conselhos e organizações de classe.

Diante dos fatos históricos aqui discutidos, do pioneirismo do Cremesp em relação à criação da Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética, do Centro de Bioética e das publicações na área da bioética, além do teor dos questionamentos elencados neste estudo, pode-se afirmar que o conselho tem participado da construção e implantação desse novo campo do saber humano em nosso país, mais precisamente no estado de São Paulo. Os dados levantados neste estudo, por outro lado, demonstram que

questões deontológicas e administrativas ainda predominam nas solicitações de consultas.

Certamente são os mais diversos os fatores e as causas para a permanência do foco em aspectos normativos e operacionais. Entretanto, não se pode deixar de citar pelo menos dois dos principais – a tradição brasileira, desde a segunda metade do século passado, de a disciplina de deontologia médica ser ministrada por professores ligados à medicina legal e, talvez, o mais importante, a falta, na atualidade, de disciplinas de bioéticas nos cursos de graduação e pós-graduação em nossas faculdades de medicina. Considere-se ainda que, mesmo nos casos de cursos e instituições nos quais a disciplina é ministrada, há nítido viés deontológico, que desvirtua o teor da reflexão bioética e enfraquece as possibilidades de formação e crítica despertada por esse campo do conhecimento.

A ausência da disciplina bioética nas graduações da área da saúde, considerando aqui principalmente a medicina, é questão relevante que deve ser enfrentada nos próximos anos.

A manutenção dos programas de pós-graduação *lato e stricto sensu* em bioética apresenta-se como desígnio fundamental para aumentar o número de profissionais com adequada formação neste novo campo do saber humano. Nesse sentido, implantar comitês de bioética nas instituições hospitalares, poderá difundir a importância da reflexão bioética aos profissionais que atuam na atenção aos pacientes, mesmo que não estejam ligados à área acadêmica.

Por fim, cabe considerar que a criação de Centros de Bioética em outros conselhos regionais de medicina, assim como a implantação de Câmaras Técnicas Interdisciplinares de Bioética, também contribui para aumentar a massa crítica de profissionais preparados para atuar e difundir a bioética entre as diferentes áreas do saber. Além de impulsionarem a formação e a constante capacitação profissional, essas instâncias podem contribuir para disseminar a bioética, consolidando a reflexão proposta por esse campo e assim estimular a conquista da cidadania por toda a sociedade brasileira.

## Referências

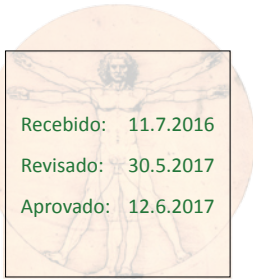
1. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 setembro de 1957. Dispõe sobre os conselhos de medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; p. 23013, 1º out 1957. Seção 1.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.335, de 11 de novembro de 1989. Diário Oficial da União. Brasília; p. 21468, 23 nov 1989. Seção 1.
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução Cremesp nº 223, de 31 de agosto de 2010. Dispõe sobre os requisitos de admissibilidade para recebimento e resposta às Consultas formuladas, bem como acerca do trâmite para elaboração de Pareceres da Câmara de Consultas do Cremesp. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo; p. 144, 29 set 2010. Seção 1.
4. Papaléo Netto M, organizador. Ética médica. São Paulo: Cremesp; 1988.
5. Pereira Filho A, organizador. Ética médica. São Paulo: Cremesp; 1996.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Pareceres [Internet]. [s.d.] [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2rWC3yZ>
7. Moura Fé IA. Apresentação. Bioética. 1993;1(1):1-2.
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Portaria Cremesp nº 3, de 29 de abril de 1997. Câmara de apreciação de pareceres. São Paulo: Cremesp; 1997. [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2rVYSEz>
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Diário Oficial da União. Brasília; p. 169, 28 nov 2006. Seção 1.
10. Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.973, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/2008. Diário Oficial da União. Brasília; p. 144-7, 1º ago 2011. Seção 1.
12. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 101, de 29 de janeiro de 2002. Cria centro de bioética do Cremesp e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo; n. 24, p. 63, 6 fev 2002. Seção 1.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 29.299/1996. Legalidade da transfusão de hemoderivados em paciente testemunha de Jeová [Internet]. 1996 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2sx7nVP>
14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 37.267/1999. Médica que recebe autorização de familiares para não intubar paciente de 78 anos com neoplasia maligna metastática sem resposta ao tratamento habitual [Internet]. 1999 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2thlpXn>



15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 105.715/2004. Paciente preso insatisfeito com tratamento proposto [Internet]. 2004 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2s0oR7l>
16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 82.406/2004. Utilização de tarjas coloridas na capa dos prontuários médicos conforme a patologia do paciente [Internet]. 2006 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2s6zj0h>
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 84.368/2007. Mãe de paciente menor, através de pedido expresso, informa que é contra qualquer tipo de reanimação, por parte da equipe médica, em sua filha, caso haja alguma intercorrência [Internet]. 2009 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2thSvrb>
18. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 90.198/2010. Acerca de comunicação ao paciente de um diagnóstico recém concluído ou mesmo o caso de óbito, é de responsabilidade de qual profissional: o médico, o psicólogo ou enfermeiro? [Internet]. 2010 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2rnwQRV>
19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 124.460/2010. Se o Diretor Clínico pode tornar obrigatório o preenchimento do formulário sobre consentimento informado aos profissionais médicos da instituição [Internet]. 2010 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2thvp4b>
20. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 155.608/2011. Sobre como atestar, de maneira legal e ética, o abandono de tratamento por parte do paciente [Internet]. 2012 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2thJO05>
21. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 138.679/2011. Família frequentemente questiona tratamento dispensado a paciente internada com quadro grave de saúde [Internet]. 2012 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2redzOB>
22. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 18.688/2012. Sobre a desobrigação dos médicos em prolongar a vida de pacientes terminais [Internet]. 2012 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2sjQY6Q>
23. Martin LM. Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica: ciência, lucro e compaixão em conflito. São Paulo: Loyola; 2002.
24. Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(2):304-10.
25. Conselho Federal de Medicina. Pareceres. Brasília: CFM; 1998.
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*. Brasília; p. 269-70, 31 ago 2012. Seção1.
27. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013;21(3):463-76.
28. Nunes MI, Anjos MF. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014;22(2):241-51.
29. Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press; 1988.
30. Godolphin W. Shared decision-making. *Healthc Q*. 2009;12:186-90.
31. Qualtere-Burcher P. The just distance: narrativity, singularity, and relationality as the source of a new biomedical principle. *J Clin Ethics*. 2009;20(4):299-309.
32. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Nova York: Oxford University Press; 2008.
33. Ricoeur P. *Tempo e narrativa*. São Paulo: Martins Fontes; 2011. vol III.
34. Ortega y Gasset J. *Meditações do Quixote*. São Paulo: Lial; 1967.

#### Participação dos autores

Os autores participaram conjuntamente na elaboração do artigo.



Recebido: 11.7.2016  
Revisado: 30.5.2017  
Aprovado: 12.6.2017

## Anexo

### Site consultado

www.cremesp.org.br

#### 1) Parecer Cremesp 29.299/1996<sup>13</sup> – Transfusão de sangue em testemunha de Jeová

Consulta: *Os doutores VDVF e PJF solicitam parecer do Cremesp referente às seguintes indagações:*

- 1) *Se há impedimento para a transfusão de hemoderivados em paciente “Testemunha de Jeová”?*;
- 2) *Qual a responsabilidade do médico assistente e do médico hemoterapeuta no caso em pauta quanto à administração da transfusão como único método de tratamento emergencial da anemia do paciente no caso apresentado?*

Ementa: *é inegável, e cada vez melhor aceito pelo direito brasileiro, o direito de quem quer que seja de decidir sobre si mesmo, significando que a pessoa não pode se constrangida a aceitar qualquer conduta terapêutica, ainda que, na visão de terceiros, essa conduta vá beneficiá-la.*

#### 2) Parecer Cremesp 37.267/1999<sup>14</sup> – Distanásia

Consulta: *Atitude que deve tomar como médica acerca de paciente de 78 anos com neoplasia maligna metastática sem resposta ao tratamento habitual, após autorização verbal dos familiares para não intubar, em franca evolução para insuficiência respiratória.*

Ementa: *A situação descrita pela consulente se enquadra claramente nos casos em que o médico intervindo sobre o paciente, no mais das vezes à revelia ou até contra a vontade dele e de seus familiares, passa a assumir mais a postura de torturador do que de médico.*

#### 3) Parecer Cremesp 105.715/2004<sup>15</sup> – Autonomia do paciente

Consulta: *A Dra. SBS., na qualidade de médica responsável técnica de serviço de nefrologia e diálise, solicita parecer acerca das providências possíveis, diante da manifestação de um paciente preso, dando conta de sua insatisfação com o tratamento oferecido, bem como solicitando transferência do respectivo serviço médico. Após breve exposição dos fatos, onde consta inclusive recusa de internação por parte do paciente e má adesão ao tratamento, a consulente questiona este Cremesp acerca da posição que deve adotar.*

Ementa: *Paciente preso que recusa tratamento de diálise oferecido, requerendo transferência de serviço. Má-adesão ao tratamento. Recusa de internação. Direito de escolha deve ser observado.*

#### 4) Parecer Cremesp 82.406/04<sup>16</sup> – Sigilo profissional

Consulta: *Se é permitida a utilização de tarjas coloridas na capa dos prontuários médicos, conforme a patologia do paciente, com o intuito de facilitar a localização dos prontuários; e se a Comissão de Revisão de Prontuários tem o poder de interferir nesta situação ou é apenas um órgão consultivo.*

Ementa: *O sigilo profissional e a preservação da privacidade dos pacientes são os pilares que sustentam esta singularíssima relação profissional de médico-paciente. Assim, nos parece absolutamente inadequado, sob todos os pontos de vista, o uso de “tarjas coloridas” para identificar paciente com determinado diagnóstico.*

#### 5) Parecer Cremesp 84.368/2007<sup>17</sup> – Limitação de procedimentos de doenças em fase final

Consulta: *Mãe de paciente menor, através de pedido expresso, informar que é contra qualquer tipo de reanimação, por parte da equipe médica, em sua filha, caso haja alguma intercorrência. A criança apresenta agravo neurológico irreversível relacionado a doença de base com possibilidade de dependência de ventilação pulmonar mecânica.*

Ementa: *Como consta da consulta, de fato, a adoção de medidas de limitação de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, “tem todo o amparo ético, moral e legal no Brasil”.*

#### 6) Parecer Cremesp 90.198/2010<sup>18</sup> – Comunicação de morte aos familiares

Consulta: *Acerca de comunicação ao paciente de um diagnóstico recém-concluído ou mesmo o caso de óbito, é de responsabilidade de qual profissional: o médico, o psicólogo ou enfermeiro?*

Ementa: *Entendemos que explicar determinado resultado de exame, informar o diagnóstico e o prognóstico, esclarecer e tirar todas as dúvidas do paciente ou de familiar são ações de competência do médico, coordenador da equipe de saúde, e maior responsável pela qualidade de atenção ao agravo do paciente. Particularmente em relação à informação aos familiares da morte de um determinado paciente nos parece fundamental que seja dada pelo principal responsável pela equipe de saúde, o médico; exceto naqueles casos, por algum motivo particular, que outro profissional possa desempenhar de forma mais adequada, do ponto de vista profissional, essa custosa função. Essas exceções sempre levarão em conta a melhor conduta para aquela determinada situação.*

**7) Parecer Cremesp 124.460/2010<sup>19</sup> – Termo de consentimento livre e esclarecido na prática clínica**

Consulta: *Se o diretor clínico pode tornar obrigatório o preenchimento do formulário sobre consentimento informado aos profissionais médicos da instituição.*

Ementa: *Obrigatoriamente devem constar no prontuário médico os esclarecimentos prestados e o consentimento do paciente. Não achamos razoável nem necessário obter a assinatura do paciente para todo e qualquer procedimento médico. Por outro lado, nada impede que o TCLE seja utilizado em determinados serviços ou departamentos médicos para a realização de exames diagnósticos invasivos, cirurgias e terapêuticas mais agressivas. Não é possível que um diretor clínico baixe norma obrigando o TCLE para todos os procedimentos ou para determinados procedimentos.*

**8) Parecer Cremesp 155.608/2011<sup>20</sup> – Conduta médica perante abandono de seguimento pós-operatório pelo paciente**

Consulta: *Sobre como atestar, de maneira legal e ética, o abandono de tratamento por parte do paciente.*

Ementa: *Cumprindo todos os deveres elencados, além de manter um relacionamento respeitoso e educado com seus pacientes, o médico dificilmente será vítima de qualquer manobra aética por parte de seu paciente. Se mesmo agindo corretamente o médico for vítima de manobra aética e imoral por parte de seu paciente, nossos tribunais, em pleno estado de direito, certamente punirão os culpados nas inevitáveis lides éticas e judiciais a que todos que exercemos a arte hipocrática estamos sujeitos.*

**9) Parecer Cremesp 138.679/2011<sup>21</sup> – Sigilo do prontuário médico**

Consulta: *Família frequentemente questiona o tratamento dispensado à paciente internada com quadro grave de saúde. Equipe médica deseja orientação quanto ao seguimento do caso, e se a paciente a falecer, o médico assistente do momento deverá assinar o atestado de óbito ou encaminhá-la para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO).*

Ementa: *O médico assistente, responsável pela paciente e líder da equipe multiprofissional, deve ser o responsável por relacionar-se com a paciente, buscando sempre o melhor interesse dela. Tem o compromisso e o dever de vigilância, de informação e de obter o consentimento para todos os atos praticados. A família pode e deve ser informada, mas o compromisso primeiro do médico e da equipe é com a paciente, inclusive na proteção de sua privacidade. A família deve ser informada do referencial bioético do sigilo a que a paciente tem direito e que a família poderá ter restrição de acesso ao prontuário, se assim for vontade da paciente. Se autorizado pela paciente, esse acesso deve ser liberado aos familiares. Se a paciente, por qualquer motivo, perder totalmente ou parcialmente sua autonomia, e o médico assistente a considerar incapaz de tomar decisões autônomas, deve verificar quem possa representá-la junto à equipe e informar e discutir as propostas terapêuticas com essa pessoa.*

**10) Parecer Cremesp 18.688/2012<sup>22</sup> – Testamento vital**

Consulta: *Sobre a desobrigação dos médicos em prolongar a vida de pacientes terminais.*

Ementa: *Reconhecendo que o paciente tem direito a morte digna, escolhendo como e onde morrer, recusar ou solicitar certos tratamentos, medicamentos e intervenções, bem assim interrompê-los, é juridicamente possível dispor em documento visando assegurar a garantia constitucional de sua liberdade, inclusive de consciência. Mas não há no ordenamento jurídico pátrio nenhum modelo, fórmula ou previsão legal expressa dos contornos a orientá-lo, porém também não há em sentido contrário, impedindo sua confecção à míngua da previsão de traços que deverá observar. Mas fundamentalmente, mais do que um documento com apelo à formalidade, deverá ser o resultado de um processo envolvendo paciente, familiares, médicos assistentes, a fé religiosa, construído com a conscientização de todos acerca de nossa vontade e nossos desejos, com respeito às individualidades, e amadurecido com a compreensão de nossa finitude.*