



CREMEGO



Manual de  
**BOAS PRÁTICAS  
MÉDICAS**



## CREMEGO

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego) é uma autarquia federal, criada em 30 de setembro de 1957 (Lei nº 3268/57), que normatiza e fiscaliza o exercício da medicina no estado, trabalhando pelo respeito à ética médica e o bom atendimento à população.

Formado por 40 médicos conselheiros eleitos a cada cinco anos pela classe médica e por dois indicados pela Associação Médica de Goiás, o Cremego atua em todo o Estado. Além das ações judicantes, cartoriais e de fiscalização do exercício ético da medicina, o Conselho oferece suporte aos médicos por meio de orientação e de um amplo trabalho educativo.

**Cremego: a Casa do Médico!**

### Diretoria 2023/2025

**Presidente**  
**Sheila Soares Ferro Lustosa Victor**

1º Vice  
**Rafael Cardoso Martinez**

2º Vice  
**Vagner Ruiz Gil**

1º Secretário  
**Fernando Henrique Abrão Alves da Costa**

2º Secretário  
**Robson Paixão de Azevedo**

1º Tesoureiro  
**Marcelo Fortunato Macioca**

2º Tesoureiro  
**Adriano Jaime Consorte Loyola**

Diretor de Fiscalização  
**Antônio Carlos de Oliveira e Ribeiro**

Diretor Científico  
**Marcelo Fortunato Macioca**

Corregedor de Processos  
**Robson Paixão de Azevedo**

Corregedor de Sindicâncias  
**Leonardo Emílio da Silva**

### Diretoria 2025/2027

**Presidente**  
**Rafael Cardoso Martinez**

1º Vice  
**Vagner Ruiz Gil**

2º Vice  
**João Anastácio Dias**

1ª Secretária  
**Sheila Soares Ferro Lustosa Victor**

2º Secretário  
**Ruy Rocha de Macedo**

1º Tesoureiro  
**Fernando Henrique Abrão Alves da Costa**

2º Tesoureiro  
**Adriano Jaime Consorte Loyola**

Diretor de Fiscalização  
**Antônio Carlos de Oliveira e Ribeiro**

Diretor Científico  
**Marcelo Fortunato Macioca**

Corregedor de Processos  
**Robson Paixão de Azevedo**

Corregedor de Sindicâncias  
**Leonardo Emílio da Silva**

### Conselheiros 2023/2028

Adeusimar Alves da Silva Júnior  
Adriano Jaime Consorte Loyola  
André Luiz Passos Cardoso  
Antônio Carlos de Oliveira e Ribeiro  
Carlos Eduardo Cabral Fraga  
Daianne Mendonça Limeira Roriz da Silveira  
Donalby Gustavo da Silva Sampaio  
Elias Fouad Rabahi  
Ferdinando Cesar Batista Ribeiro  
Fernando Henrique Abrão Alves da Costa  
Fernando Pacéli Neves de Siqueira (AMG)  
Haroldo Maciel Carneiro  
Humberto Ramos Carneiro  
Jairo Belém Soares Ribeiro Júnior  
João Anastácio Dias  
José Umberto Vaz de Siqueira  
Larissa Roriz de Castro  
Leonardo Emílio da Silva  
Leonardo Mariano Reis  
Loiane Moraes Ribeiro Victoy  
Ludimila Queiroz Oliveira

Marcelo Fortunato Macioca  
Murillo Mascarenhas Nascente  
Newton Brenner da Rocha e Silva  
Paula Pires de Souza  
Paulo Gonçalves Júnior  
Rafael Cardoso Martinez  
Ricardo Borges da Silva  
Robson Paixão de Azevedo  
Rosicleia de Vlieger  
Rui Gilberto Ferreira (AMG)  
Ruy Rocha de Macedo  
Rychard Arruda de Souza  
Sheila Soares Ferro Lustosa Victor  
Tarik Kassem Saidah  
Thiago Maxwell Araújo Santos  
Vagner Ruiz Gil  
Valdenir Ribeiro  
Valéria Granieri Oliveira Araújo  
Wagner Miranda  
Waldemar Naves do Amaral  
Wilder Alves

Manual de  
**BOAS PRÁTICAS  
MÉDICAS**

© 2025 Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás / CREMEGO-GO

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS - A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte. a violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código penal.



**Diretora da MC&G Editorial**  
Maria Clara Costa

**Secretaria do Conselho Editorial**  
Helena Pires

**Seção de Edição e Revisão de Textos**  
Carlos Otávio Flexa | Kdu Sena |  
Roberto Azul | Joyce Guimarães

**Seção de Design**  
Glaucio Coelho | Victória Sacagami

**Conselho Editorial**  
Alexandra Santos Pinheiro | UFGD | Brasil  
Angélica Ferrarez de Almeida | UERJ | Brasil  
Antonio Liberac C. Simões Pires | UFRB | Brasil  
Arlindo Nkadibuala | UniRovuma | Moçambique  
Juan Miguel González Velasco | UMSA | Bolívia  
Luciano Brito | UFRB | Brasil  
Maria Alice Resende | UFRB | Brasil  
Núria Lorenzo Ramírez | UB-GREC | Barcelona  
Rosy de Oliveira | UFRB | Brasil  
Sidimara | UFF | Brasil  
Thayse Figueira Guimaraes | UFGD | Brasil

**Transcrição dos vídeos**  
Equipe MC&G Design

**Edição e preparação de texto**  
Kadu Sena  
Maria Clara Costa

**Revisão de texto**  
Kadu Sena

**Projeto gráfico**  
MC&G Editorial

**Diagramação e capa**  
Glaucio Coelho

**Imagem de capa :**  
Banco imagens Shutterstock

Esta obra foi composta com  
a família tipográfica Roboto e  
Alegreya Sans

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Conselho Regional de Medicina de Goiás (CREMEGO-GO).  
Conselho Regional de Medicina de Goiás (CREMEGO-GO) . Manual  
de boas práticas médicas [recurso eletrônico] / Conselho Regional de  
Medicina de Goiás (CREMEGO). – 1. ed. – Goiânia , CREMEGO : Rio de  
Janeiro, MC&G, 2025.  
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.  
ISBN: 978-65-6511-085-9

1. Medicina - Prática - Manuais, guias, etc. 2. Gestão de prática médica. 3.  
Medicina - Prática - Inovações tecnológicas. 4. Tecnologia médica - Gestão. 5.  
Garantia de qualidade, assistência médica — Organização e administração.  
I. Título.

CDD23: 610 .68

Biblioteca: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

#### CREMEGO-GO

Rua T-28, 245, Setor Bueno, Goiânia (GO)

CEP: 74210-040

Tel.: (62) 3250 4900

[cremego@cremego.org.br](mailto:cremego@cremego.org.br) | [www.cremego.org.br](http://www.cremego.org.br) | [@cremego](https://www.instagram.com/cremego)

# SUMÁRIO

---

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1</b> <b>Compliance e Ato Médico</b> <i>Leonardo Emílio</i>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 2</b> <b>TCLE e Documentos Médicos</b> <i>Ildeu Almeida</i>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO 3</b> <b>Relação Médico-Hospital</b> <i>Gustavo Fernandes</i>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO 4</b> <b>Relação entre médico assistente e médico auditor</b> <i>Márcio de Castro Ferreira</i>	<b>85</b>
<b>CAPÍTULO 5</b> <b>Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)</b> <i>Ildeu Almeida</i>	<b>103</b>
<b>CAPÍTULO 6</b> <b>Conveniência operatória: Uma reflexão sobre nossas ações</b> <i>Renato Miranda de Melo</i>	<b>117</b>
<b>CAPÍTULO 7</b> <b>Dormi acadêmico...Acordei médico. E agora?</b> <i>Leonardo Emílio</i>	<b>129</b>
<b>CAPÍTULO 8</b> <b>A Inteligência Artificial e a Medicina</b> <i>Celmo Celeno Porto</i>	<b>145</b>
<b>SOBRE AUTORES, PALESTRANTES E MODERADORES</b>	<b>157</b>



---

## APRESENTAÇÃO

É com grande entusiasmo que apresentamos o projeto do “*Manual de Boas Práticas Médicas*”, uma iniciativa inovadora do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego).

Este manual é o resultado de uma série de lives realizadas, com a participação de renomados profissionais da área médica, cujo objetivo foi compartilhar conhecimentos e experiências, promovendo uma reflexão sobre as melhores práticas na medicina.

O projeto representa um marco significativo no compromisso do Cremego com a qualidade e a segurança da prática médica em nossa região. Ao disponibilizar o manual em diferentes formatos, estamos garantindo que todos os médicos tenham acesso às informações e orientações necessárias para oferecer um atendimento de excelência aos seus pacientes.



# [Compliance e Ato Médico]

Ministrante: Dr. Leonardo Emílio

Data: 16 de janeiro de 2023

Local: Goiânia – GO

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=WuLKeMyyre4&t=8s>

Esta aula foi ministrada em 16 de janeiro de 2023, durante o Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. O tema abordado neste encontro foi *Compliance e Ato Médico* com apresentação do Dr. Leonardo Emílio [diretor científico do CREMEGO].

A seguir, apresentamos a transcrição adaptada e revisada da aula, com ajustes para maior clareza e fluidez, mantendo a fidelidade ao conteúdo original.





## [COMPLIANCE E ATO MÉDICO]

Ao apresentar o curso de Boas Práticas, o Dr. Leonardo fez um breve relato sobre as aulas que foram ministradas ao longo das oito semanas.

**Dr. Leonardo:** Boa noite a todos!

Estamos em Goiânia, são 19 horas deste dia 16 de janeiro de 2023. É um grande prazer estar aqui com vocês. Sejam todos muito bem-vindos ao **Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO)**.

### INTRODUÇÃO AO CURSO DE BOAS PRÁTICAS MÉDICAS

**Dr. Leonardo:** Hoje damos início a um curso que considero de enorme valor para nós, médicos — um curso voltado ao conhecimento de ações relacionadas às boas práticas médicas, sempre à luz do Código de Ética Médica, que fundamenta a nossa conduta profissional.

Ao longo das próximas semanas, teremos **oito aulas**, realizadas sempre às **terças-feiras, às 19h**, abordando temas fundamentais para a prática médica responsável. Os assuntos foram cuidadosamente selecionados com o objetivo de promover reflexão, atualização e alinhamento às normativas legais e éticas da profissão. Neste curso, discutiremos tópicos como:

- Compliance no Ato Médico (tema da aula de hoje);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Documentos Médicos;
- Relação do médico com o hospital;
- Relação com auditores e outros profissionais da área;
- Relação entre médicos;
- Conflitos no ambiente de trabalho.

Cada tema será discutido de forma clara, com espaço para perguntas e interação ao final das aulas.

### 1. INTERAÇÃO COM OS PARTICIPANTES E ACESSO ÀS AULAS

**Dr. Leonardo:** Nosso objetivo é não apenas informar, mas também esclarecer dúvidas e promover reflexões sobre os desafios da prática médica. Ao final de cada aula, teremos um espaço de interação, onde os participantes poderão enviar

perguntas através de um bate-papo no chat, tornando o aprendizado ainda mais dinâmico e enriquecedor.

Este curso será **gravado** e ficará disponível no canal do *YouTube* do CREMEGO (**Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás**). Assim, vocês poderão revisitar os conteúdos sempre que desejarem, especialmente quando buscarem informações adicionais. Os temas abordados terão como base as resoluções do Conselho Regional e do Conselho Federal de Medicina, além das normativas legais que regem a atuação dos médicos no Brasil.

## **2. A ORIGEM DO CURSO E A IMPORTÂNCIA DO COMPLIANCE MÉDICO** *Fundamentação Legal e Ética*

Ao longo do curso foi falado das principais resoluções do **Conselho Regional e do Conselho Federal de Medicina**, além das normativas legais que orientam o exercício da medicina no Brasil. Foi discutido também sobre as bases jurídicas e éticas que norteiam a prática médica, trazendo à tona temas atuais e relevantes para o cotidiano profissional.

### *Apresentação do Ministrante e Justificativa do Curso*

**Dr. Leonardo:** Para quem ainda não me conhece, meu nome é **Leonardo Emílio Dastil**, e atualmente sou o diretor científico do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

A ideia deste curso surgiu a partir de uma observação recorrente em nosso dia a dia no Conselho: muitas sindicâncias e processos ético-profissionais poderiam ter sido evitados — ou mesmo nem iniciados — se houvesse maior conhecimento por parte dos médicos sobre as normas éticas que regem nossa profissão, especialmente no que diz respeito ao **Código de Ética Médica**.

Essa constatação motivou a criação de um espaço formativo que abordasse diretamente essas questões, com uma abordagem didática e prática, a fim de promover conhecimento, prevenir falhas éticas e reduzir o número de infrações involuntárias.

### *O Que é Compliance no Contexto Médico? Escolhas e Responsabilidades*

**Dr. Leonardo:** Entrando no tema que me foi designado nesta aula, trataremos do compliance no ato médico. Desde já, declaro que não tenho qualquer conflito de interesse em relação ao conteúdo apresentado ou aos materiais utilizados nesta exposição.

O termo compliance vem do inglês e, frequentemente, gera confusão entre os profissionais da área médica. Isso se deve, em parte, ao fato de sermos uma categoria acostumada a lidar com um volume intenso de formulários, prontuários, normas institucionais e regulamentações cada vez mais rígidas nos ambientes hospitalares.

Além disso, temos vivenciado uma crescente pressão por parte dos pacientes e da sociedade, o que torna ainda mais necessário compreendermos o que significa, de fato, o compliance aplicado ao nosso cotidiano profissional.

Nosso objetivo, nesta aula, é justamente esclarecer o significado e a aplicação prática do compliance no ato médico. Iremos abordar como os princípios dessa

prática se relacionam diretamente com as decisões clínicas e administrativas que tomamos diariamente — e como podemos alinhar nossa atuação às normas legais e éticas vigentes, evitando riscos jurídicos e reforçando o compromisso com a **boa prática médica**.

### *O que é Compliance?*

**Dr. Leonardo:** O termo compliance, para quem não está familiarizado, pode ser compreendido — em uma tradução literal — como “estar em conformidade”. E é exatamente isso que ele significa: estar alinhado às regras, normas e legislações que regulam determinada atividade.

No entanto, mais do que um conceito técnico, o compliance é também uma escolha consciente. No contexto médico, significa agir de acordo com os princípios éticos, legais e institucionais que regem a nossa profissão.

### *O Médico como Juiz de Suas Ações*

**Dr. Leonardo:** Na prática diária, nós, médicos, somos verdadeiros **juizes das decisões clínicas**. Decidimos, em diversos níveis e circunstâncias, sobre tratar ou não tratar, operar ou não operar, intervir ou apenas observar. Em muitos momentos, nossas decisões envolvem — de forma direta ou indireta — a própria vida do paciente.

Essas escolhas, que tomamos rotineiramente no exercício da medicina, são profundamente éticas e técnicas. Por isso, precisam estar em conformidade com os princípios da boa prática médica. É esse alinhamento que buscamos discutir e treinar nesta aula: como tomar decisões éticas, responsáveis e juridicamente sustentáveis, sempre com foco no bem maior — o paciente.

### *O Compliance na Origem e na Medicina*

**Dr. Leonardo:** Mas por que se fala tanto em *compliance* atualmente? De onde vem esse conceito? O termo surgiu com força no contexto corporativo, principalmente em grandes empresas, com o objetivo de evitar práticas ilícitas e combater a corrupção, por meio de normas internas, manuais de conduta e governança organizacional. O foco principal era garantir transparência e integridade nas ações empresariais.

No entanto, esse conceito foi transposto para outras áreas, inclusive a saúde, pois não somos diferentes das demais instituições em termos de responsabilidade. A medicina exige, talvez até mais do que outras profissões, decisões éticas e fundamentadas.

Embora muitas vezes atuemos em equipe, a decisão médica costuma ser individual e intransferível. Cabe a nós, e somente a nós, decidir o momento certo de intervir, operar, tratar ou optar por condutas menos invasivas. E é justamente nesse espaço de autonomia que o compliance se faz essencial — como uma ferramenta de orientação, proteção e reforço da ética no ato médico.

A partir dessas reflexões sobre decisões médicas e responsabilidade individual, surge uma questão fundamental: como fundamentar eticamente essas escolhas? É nesse ponto que entram os estudos sobre a conduta médica e seus fundamentos filosóficos.

Historicamente, a preocupação com a moralidade das decisões humanas remonta a pensadores clássicos. Um exemplo emblemático é Immanuel Kant, filósofo alemão que, em 1781, publicou a obra *Crítica da Razão Pura*. Kant propôs que duas coisas o enchem de admiração e respeito:

*“O céu estrelado acima de mim e a lei moral dentro de mim.”*

Com essa afirmação, Kant expressava a crença de que existe uma instituição moral interna ao ser humano, baseada na racionalidade, capaz de orientar a própria conduta — conceito que ele denominou imperativo categórico. Esse princípio moral não depende de fatores externos, mas nasce da capacidade de a razão humana criar regras universais para a ação.

### 3. A SUBJETIVIDADE DA LEI MORAL

**Dr. Leonardo:** E é justamente aqui que reside um dos grandes desafios: se a moral é construída de dentro para fora, com base na razão e na experiência individual, ela também está sujeita à subjetividade. Cada pessoa forma suas convicções morais com base em fatores como:

- Cultura e costumes familiares
- Educação e formação profissional
- Vínculos sociais e ambientais
- Experiências de vida e trajetória pessoal

Assim, embora a racionalidade humana seja capaz de criar regras, essas regras são inevitavelmente influenciadas por valores pessoais e circunstâncias particulares. Isso pode levar, inclusive, a decisões que favoreçam interesses individuais em detrimento do bem coletivo — ou, no caso médico, do melhor interesse do paciente.

Essa tensão entre ética universal e subjetividade individual é central quando se discute o papel do médico como agente decisor. E é exatamente por isso que o compliance se torna tão relevante: ele oferece um marco externo e objetivo, que ajuda a guiar as decisões médicas dentro de parâmetros legais, éticos e institucionais.

É justamente por reconhecermos a subjetividade da moral que surgem as regras coletivas — para que o comportamento individual esteja alinhado ao bem comum, e não apenas aos interesses pessoais.

A metáfora kantiana — o céu estrelado acima de nós e a lei moral dentro de nós — é bela e inspiradora. No entanto, ela parte da premissa ideal de que todos os seres humanos buscam, naturalmente, o bem coletivo. Infelizmente, essa não é a realidade. E é por isso que a existência de regras se faz necessária e fundamental, especialmente na prática médica.

#### *A Linha Tênu e entre Ética e Moral*

**Dr. Leonardo:** É importante compreendermos a linha tênue que separa a ética da moral. Essa distinção está presente em cada ato médico, em cada conduta, em cada decisão sobre tratar ou não tratar um paciente.

A moral está relacionada à ação individual, guiada pelos princípios e valores pessoais. A ética, por sua vez, exige uma reflexão crítica sobre essas ações, a partir de um ponto de vista coletivo e universal. Enquanto a moral se preocupa com o certo e o errado na perspectiva subjetiva, a ética busca discernir o que é bem ou mal do ponto de vista da coletividade.

### **Ética Médica: Uma Responsabilidade Compartilhada**

**Dr. Leonardo:** Essa distinção ganha especial relevância no contexto da medicina, uma vez que lidamos com decisões de grande impacto na vida das pessoas. O médico, por força de sua atuação, exerce um papel de julgamento e decisão. Por isso, suas ações não podem se basear apenas em sua moral pessoal. É necessário que estejam ancoradas na ética profissional, expressa em normas, resoluções e códigos que orientam a boa prática médica.

A frase central aqui é:

*“Nem tudo o que está certo, visa o bem. E nem tudo o que está errado, necessariamente, visa o mal.”*

Essa reflexão é profunda e nos leva a entender que agir certo não é apenas cumprir normas ou seguir protocolos, mas considerar o impacto ético daquela decisão na vida do paciente.

A discussão não se encerra em um único parágrafo ou em uma única aula. Ao contrário, ela será o fio condutor de toda a nossa conversa. Convido vocês, portanto, a refletirem ao longo desta aula sobre como ética, moral e compliance se entrelaçam na prática médica — e como podemos fortalecer nossas decisões com base não apenas no que é legal, mas no que é verdadeiramente ético e benéfico para o paciente.

Para compreendermos ainda melhor a relação entre ética, moral e ação médica, vale resgatar a visão de pensadores antigos. Um exemplo significativo é o de Hesíodo, poeta da Grécia Antiga que viveu por volta do século VIII a.C.. Em suas obras, Hesíodo já expressava uma crença fundamental: todo ser humano traz, em sua constituição, o princípio do bem. No entanto, ele também fazia uma distinção entre os níveis de sabedoria humana, que é extremamente pertinente à nossa discussão.

Em suas reflexões, Hesíodo destacou:

*“O ótimo é aquele que de si mesmo conhece todas as coisas. O bom é aquele que escuta os conselhos dos homens judiciosos, mas o que por si só não pensa nem acolhe a sabedoria alheia, esse, em verdade, é uma criatura inútil.”*

Tal colocação, apesar de forte, reforça a importância da sabedoria coletiva: agir pelo bem deve ser a base de todas as nossas ações — especialmente na medicina. O médico que age de forma isolada, sem considerar normas éticas e conselhos de especialistas, pode tomar decisões baseadas apenas em sua percepção subjetiva, o que nem sempre garante o melhor para o paciente. O compromisso com o compliance médico, portanto, é essencial para assegurar que a medicina seja praticada de maneira justa, responsável e alinhada ao bem comum dos pacientes.

Ao longo desta aula, exploraremos como esse pensamento filosófico influencia a prática médica e como podemos aplicá-lo para tomar decisões éticas e conscientes no exercício da medicina. É exercer a medicina “do certo”.

### ***Compliance e Reflexão Ética na Prática Médica: o que é o “certo” na Medicina?***

**Dr. Leonardo:** A medicina, nesse sentido, deve ser exercida dentro do que é certo — mas o que é o “certo” no exercício médico? O certo é aquilo que nos rege: a ética na relação médico-paciente. E é aqui que começa a noção de conformidade — de estar em compliance — que se expressa na prática do bem e na recusa do mal.

Dentro da medicina, o conceito de compliance está diretamente ligado à ética da relação médico-paciente. Estar em conformidade significa agir eticamente. E agir eticamente, por sua vez, é:

- Fazer o bem;
- Evitar o mal;
- Refletir sobre os impactos morais e humanos de cada ação médica.

O papel da ética é exatamente esse: avaliar a moralidade de cada ato médico, ponderando consequências e intenções. Isso vale tanto para condutas rotineiras — como a prescrição de medicamentos — quanto para decisões complexas que envolvem riscos maiores.

O compliance, nesse contexto, surge como uma ferramenta de apoio à decisão ética, que ajuda o médico a alinhar sua prática com os princípios do bem comum, da segurança do paciente e do respeito à dignidade humana.

### ***O Juramento Hipocrático: O Primeiro Ato de Compliance***

**Dr. Leonardo:** A nossa trajetória dentro do compliance começa, simbolicamente, quando recebemos nossa carteira do Conselho Regional de Medicina. Para muitos, esse momento representa uma formalidade burocrática. No entanto, ele carrega um significado profundo e ético: é nesse momento que assumimos, pela primeira vez, um compromisso público com a integridade e a responsabilidade no exercício da medicina. Um dos juramentos mais emblemáticos desse momento é o Juramento Hipocrático, e aqui com a devida licença, gostaria de lembrar um trecho do juramento que fiz há mais de 34 anos, e que ainda hoje é essencial à nossa prática:

*“Usarei meu poder para ajudar os doentes com o melhor da minha habilidade e julgamento. Abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele.”*

Essa declaração, simples e poderosa, representa o primeiro passo em direção ao compliance médico: “Abster-me-ei de causar danos ou enganar a qualquer homem com ele.” Com “ele” — meu poder, minha habilidade, meu julgamento. É nesse ponto que se estabelece o primeiro princípio ético: o compromisso de não causar dano intencional e de usar o conhecimento técnico com retidão em favor do paciente.

Muitas vezes esquecemos o peso e a profundidade desse juramento. Mas ele está na base de tudo o que fazemos como médicos.

Foi a partir desse compromisso que surgiu, ao longo do tempo, o conceito de bioética — a ética aplicada à vida, especialmente no que diz respeito às práticas em saúde. A bioética é sustentada por quatro princípios fundamentais básicos, que também embasam o conceito de compliance no ato médico:

- **Autonomia** – Respeito à vontade e às escolhas do paciente.
- **Beneficência** – Ação orientada para o bem do outro.
- **Não-maleficência** – Evitar causar dano.

#### 4. JUSTIÇA – DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA DOS RECURSOS E TRATAMENTO IGUALITÁRIO

**Dr. Leonardo:** Esses princípios formam a base ética do compliance médico no exercício do ato profissional, que deve nortear todas as decisões médicas, desde as mais simples até as mais complexas. Eles não são apenas diretrizes teóricas, mas instrumentos práticos que ajudam o médico a manter-se em conformidade com os valores fundamentais da profissão — ou seja, a praticar o verdadeiro compliance.

**Quadro 1:** Os Quatro Princípios da Bioética

Princípio	Definição	Aplicação no Ato Médico
Autonomia	Respeitar a liberdade do paciente em tomar decisões.	O paciente tem o direito de aceitar ou recusar um tratamento.
Beneficência	Promover o bem, agindo em benefício do paciente.	Indicar a melhor conduta clínica visando o bem-estar.
Não-maleficência	Evitar causar danos físicos, psicológicos ou morais.	Não indicar procedimentos que possam trazer mais riscos que benefícios.
Justiça	Agir com equidade, tratando todos com igualdade e justiça.	Distribuir recursos e atenção de forma ética e proporcional.

Fonte: Elaboração própria

A seguir, abordaremos cada um desses pilares, com destaque especial ao princípio da autonomia, devido à sua relevância para o tema central desta aula, pois trata do respeito à liberdade de escolha do paciente.

Muito se falou, especialmente durante a pandemia, sobre a autonomia do médico. No entanto, é fundamental compreender que o paciente também é um sujeito autônomo. Ambos — médico e paciente — exercem, cada um à sua maneira, direito à decisão.

- O médico é autônomo ao exercer seu julgamento técnico e ético para decidir o melhor ato médico, com base em sua formação, experiência e reflexão moral.
- O paciente, por sua vez, é autônomo para aceitar ou recusar o tratamento proposto, de acordo com sua própria convicção, crença, entendimento e vontade.

A autonomia do paciente é um direito legítimo e reconhecido. Cabe a ele decidir se aceita ou não o tratamento sugerido, e isso precisa ser respeitado dentro de uma relação baseada na confiança, no diálogo e na clareza das informações.

Essa dinâmica exige um equilíbrio de forças entre o conhecimento técnico do médico e a liberdade do paciente. É uma construção que demanda escuta, empatia e responsabilidade de ambas as partes.

É importante lembrar que, desde a promulgação do **Código de Defesa do Consumidor (CDC)**, em 1990, os médicos foram incluídos entre os prestadores de serviço, o que introduziu uma série de questões jurídicas complexas à prática médica.

Embora muitos profissionais questionem se a medicina pode ou não ser considerada uma relação de consumo — afinal, o objetivo da atuação médica não é a entrega de um produto, mas sim a promoção do bem-estar do paciente —, o fato é que essa inclusão legal impactou diretamente as responsabilidades éticas e jurídicas do médico.

### *A Hipossuficiência do Paciente*

**Dr. Leonardo:** Na relação médico-paciente, existe uma assimetria de conhecimento. O médico detém o saber técnico e científico. Por isso, o paciente é considerado, do ponto de vista legal e bioético, como hipossuficiente — ou seja, mais vulnerável na tomada de decisões. Essa vulnerabilidade exige ainda mais cuidado, transparência e respeito à autonomia do paciente. O médico, portanto, precisa julgar cuidadosamente cada conduta, não apenas sob a perspectiva técnica, mas também em conformidade com os princípios bioéticos, respeitando o direito do paciente à informação e à escolha. Por isso, é ainda mais importante que exista um equilíbrio ético nessa relação.

## **Quadro 2:** Comparando – Ética x Moral na Medicina

### Ética e Moral: Semelhanças e Diferenças no Ato Médico

Aspecto	Ética	Moral
Origem	Coletiva, baseada em normas e códigos sociais	Individual, baseada em valores pessoais
Aplicação	Regula o comportamento profissional e público	Orienta condutas pessoais e decisões íntimas
Exemplo na medicina	Código de Ética Médica	Crença pessoal sobre tratamento paliativo, por exemplo
Papel no compliance	Base normativa e institucional	Base reflexiva e subjetiva

Fonte: Elaboração própria

### *A Ética Médica como Equilíbrio de Forças*

É justamente com o objetivo de equilibrar as forças entre médico e paciente que foi criado o Código de Ética Médica. Ele estabelece parâmetros para que nossas ações sejam orientadas por valores éticos e, portanto, reflexivas. Isso significa que cada ato médico precisa ser pensado à luz da ética — uma ética que busca evitar o mal, ou seja, a maleficência, em qualquer nível de atendimento ao paciente.

A reflexão ética nos conduz a uma moral profissional mais apurada, e isso é a base do compliance. O objetivo é usar a ferramenta certa, no momento certo, para o paciente certo. Não adianta utilizarmos a melhor tecnologia ou o recurso mais sofisticado, se ele não for adequado à condição clínica do paciente. Essa escolha inadequada

— mesmo que bem-intencionada — pode causar danos, gerar custos desnecessários ou frustrar expectativas, ferindo o princípio da beneficência. O objetivo é garantir que nossas escolhas jamais causem maleficência ao paciente. É uma relação que exige equilíbrio de forças, garantindo que a decisão médica seja respeitada sem desconsiderar a autonomia do paciente.

É exatamente nesse tipo de julgamento técnico e ético que a prática médica se diferencia de outras profissões. Por isso, defendo a ideia de que o exercício da medicina não deve ser tratado como uma simples relação de consumo.

Mesmo em procedimentos como cirurgias estéticas, que muitas vezes são alvos de judicialização, existe um julgamento clínico envolvido. São atos médicos complexos e legítimos, com riscos, variáveis e decisões técnicas que não podem ser reduzidas à lógica do consumidor e fornecedor de serviço.

Essa discussão está em curso em diversas instituições, como o Colégio Brasileiro de Cirurgiões e outras entidades médicas, que buscam ampliar o debate sobre os limites da aplicação do Código de Defesa do Consumidor no contexto médico.

### *Código de Ética Médica: Reflexão e Responsabilidade*

**Dr. Leonardo:** Voltando ao centro da nossa aula, o ato médico começa pela escolha consciente da ação. E essa escolha, hoje, se materializa principalmente nos registros que produzimos: prescrições, solicitações de exames, guias de cirurgia, prontuários, relatórios, entre outros documentos.

Seja com caneta no papel ou com assinatura digital, cada documento representa uma decisão médica refletida.

É ali que começa o compliance. É ali que se estabelece a responsabilidade ética. É ali que começa a defesa do bom ato médico.

Portanto, cada prescrição, cada pedido, cada assinatura precisa passar pelo crivo da nossa consciência ética. A conformidade começa na reflexão sobre a ação que tomamos e se consolida no registro que fazemos — é essa trilha que sustenta a prática médica responsável e segura.



### *O Peso da Assinatura Médica*

Com um simples documento médico, é possível cometer uma fraude. Com uma assinatura, pode-se favorecer indevidamente uma indústria farmacêutica, uma fornecedora de órteses e próteses, ou até mesmo uma instituição hospitalar.

A nossa assinatura tem um valor imenso — ético, legal e profissional. Cada documento assinado é um ato médico e carrega consequências.

É por isso que o compliance no ato médico começa antes da assinatura. Ele nasce da nossa reflexão moral, passa por uma análise ética consciente, e culmina na decisão final que se materializa no papel: seja uma solicitação de exame, de internação, de cirurgia ou qualquer outro procedimento, seja no sistema público, privado ou suplementar.

### ***A Raiz da Inconformidade***

**Dr. Leonardo:** Grande parte dos casos de não conformidade começa justamente com a assinatura de um documento feita de forma imprudente ou motivada por interesses paralelos. Às vezes, isso é feito em busca de um ganho adicional, como compensação a horários ruins de trabalho. Mas nada disso muda o valor da nossa ação moral e, principalmente, da nossa reflexão ética sobre o que fazemos.

A quem interessa uma fraude em um documento médico? A grandes entidades, talvez. Indústrias, hospitais, operadoras. Mas quem está na ponta, quem executa o ato, quase sempre é o médico — e aí reside um ponto frágil. Cada assinatura e cada carimbo devem ser precedidos de consciência ética. Não é admissível justificar que “foi a secretária quem preencheu” ou que “é a assistente que faz a solicitação”. Isso é responsabilidade exclusiva do médico.

A partir do momento em que começamos a aceitar pequenas concessões e alterações em documentos, o que antes era exceção passa a ser rotina. E o que era absurdo passa, aos poucos, a ser visto como aceitável. Mas isso não isenta o médico de responsabilidade.

Quando começamos a fazer pequenas concessões, abrimos espaço para que condutas questionáveis se tornem parte da rotina. O hábito, então, transforma o absurdo em algo aceitável.

Como disse Erasmo de Roterdã, “não há nada tão absurdo que o hábito não torne aceitável.” Essa é a chave do compliance médico: entender que cada decisão técnica, cada documento assinado, representa um posicionamento ético que impacta diretamente o paciente e a credibilidade da profissão.

Desde a prescrição de um simples hemograma até a solicitação de um transplante hepático, o compromisso deve ser o mesmo: responsabilidade, verdade e respeito à vida.

### ***A Individualidade do Ato Médico***

Na medicina, nenhum tratamento tem o mesmo tamanho. Cada paciente é único e, portanto, cada decisão médica deve ser individualizada. Essa individualização deve estar presente não apenas na conduta clínica, mas também nos documentos que produzimos: prescrições, solicitações, laudos, pedidos de internação ou cirurgia.

O risco de transformar o ato médico em uma sequência repetitiva de ações padronizadas e automatizadas é alto — e perigoso. Não podemos permitir que atos falhos ou moralmente “aceitáveis” sejam mantidos por hábito, se não estiverem verdadeiramente orientados pelo bem maior do paciente.

## *Volume versus Valor*

**Dr. Leonardo:** Em determinados contextos, é preciso refletir: o paciente está realmente no momento adequado para ser operado? Essa cirurgia é, de fato, a melhor opção para ele agora?

Diante disso, é fundamental compreendermos que nenhum tratamento deve ser padronizado de forma mecânica. Cada paciente demanda uma abordagem individualizada, e é justamente nessa capacidade de julgamento, pautada pela singularidade de cada caso, em que vamos gerar os documentos médicos. Não podemos nos permitir cair na armadilha da repetição de atos falhos — muitas vezes motivados por automatismos ou por critérios moralmente questionáveis — que, embora formalmente corretos, não visam verdadeiramente o bem do paciente.

No momento da assinatura de um documento ou da indicação de um procedimento, é imprescindível avaliar se aquele paciente está, de fato, no tempo certo para ser operado, se está devidamente preparado. Precisamos nos perguntar: a quem interessa realizar oito, dez, doze cirurgias em um único dia, atravessando a madrugada, operando pacientes muitas vezes por conveniência administrativa de planos de saúde — para acelerar uma fila de autorizações — e, ao final do mês, receber uma bonificação financeira volumosa? Então, naquela condição que sempre colocamos que é exatamente uma troca, precisamos buscar do volume a valorização, o valor de nossas ações; é exatamente nesse sentido. Cada carimbo, cada assinatura, precisa ser uma expressão pensada e ética do ato médico. O que é importante nesse sentido? Como destaquei anteriormente, nem toda ação moralmente aceita como “certa” resulta no bem maior. O bem maior — o verdadeiro bem — exige uma ética viva, ativa, reflexiva. E é nela que deve se basear cada ato médico. É necessário moderação, bom senso e consciência ética.

Já dizia Van Rensselaer Potter, 1970:

*“Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável.”*

Essa é uma lição valiosa, especialmente no mundo atual. Um novo tratamento promissor, um dispositivo recém-lançado, um estudo com poucos pacientes — tudo isso pode parecer revolucionário. Mas a decisão de aplicá-lo em um caso real exige responsabilidade e discernimento. Faça uma reflexão do bem e do mal, da ética do que você está fazendo no seu ato médico; o que é possível não é, necessariamente, o que é ético.

## *Reflexão Ética Permanente*

**Dr. Leonardo:** Precisamos manter uma reflexão ética constante sobre tudo aquilo que consumimos como conhecimento, sobre o que incorporamos em nossa prática e, principalmente, sobre como aplicamos a tecnologia na medicina. Essa reflexão é essencial para preservar a essência da prática médica. Nesse contexto, os princípios da beneficência e da não maleficência são fundamentais. De forma simplificada, beneficência significa fazer o bem, enquanto não maleficência significa evitar o mal.

Nesse contexto, destacam-se dois dos principais pilares da bioética:

- Beneficência: agir para promover o bem.
- Não-maleficência: evitar causar danos.

## *Primum non nocere: Antes de tudo, não causar dano*

**Dr. Leonardo:** A ação do médico deve minimizar qualquer possibilidade de prejuízo à saúde do paciente. Este princípio, tradicionalmente resumido pela máxima latina *primum non nocere* (“primeiro, não causar dano”), é um dos fundamentos do exercício, é um conceito que conhecemos desde o início de nossa formação. No entanto, a verdadeira aplicação desse princípio exige reflexão constante sobre nossas condutas.

Pensemos, por exemplo, na sobrecarga de atendimentos: “Ah, eu tenho um volume muito grande de paciente para atender...” e atender um volume excessivo de pacientes pode comprometer a qualidade do cuidado. Cada documento assinado — seja um pedido de exame, um laudo ou uma prescrição — pode conter erros, deslizes ou omissões que, inadvertidamente, podem levar a infrações éticas. Dependendo da gravidade, isso pode resultar em sindicâncias, processos administrativos ou mesmo demandas jurídicas, acarretando consequências graves tanto para o médico quanto para o paciente. Portanto, essa avaliação ética deve ser contínua e criteriosa.

## *Beneficência ≠ Benevolência*

**Dr. Leonardo:** É também fundamental compreender a diferença entre dois conceitos frequentemente confundidos: beneficência e benevolência. Beneficência representa a obrigação moral de agir em benefício dos outros — princípio que fundamenta a medicina. Como médicos, temos uma responsabilidade ética que exige que nossas ações sempre visem ao bem do paciente. A benevolência, por outro lado, é uma virtude, uma disposição para agir em benefício de alguém, sem necessariamente ser uma obrigação moral. Um profissional pode ser benevolente, mas sem o compromisso ético inerente à beneficência. Esse entendimento é crucial para orientar nossas decisões na prática médica.

Conceito	Significado
Beneficência	Obrigação moral de agir em benefício do outro. Está ligada ao dever profissional.
Benevolência	Disposição pessoal ou virtude de querer fazer o bem. Está ligada à vontade.

**Fonte:** Elaboração própria

A beneficência, portanto, é a união entre ação moral e reflexão ética. Ela é a essência da prática médica responsável.

## *Beneficência e Autonomia: Um Equilíbrio Necessário*

**Dr. Leonardo:** A beneficência é um dos pilares fundamentais da bioética e da boa prática médica. Está diretamente relacionada à obrigação moral do médico de agir em benefício do paciente — sendo, portanto, um princípio estruturante das nossas decisões clínicas.

No entanto, é preciso destacar que o conflito atual não está entre a beneficência e a autonomia. Ambas coexistem.

O verdadeiro desafio está no equilíbrio entre:

- A autonomia do paciente — seu direito de decidir sobre o próprio corpo e tratamento;

- E o fim do paternalismo médico — que por muito tempo caracterizou a relação médico-paciente.

Se antes prevalecia uma relação unilateral — com frases como: “Eu vou amputar a sua perna.” — “Ok, doutor.” “Vou abrir seu crânio.” — “Tudo bem, doutor.” não fazem mais sentido no modelo atual, onde a medicina valoriza o respeito à autonomia.

O equilíbrio entre beneficência e autonomia deve ser preservado, garantindo que o paciente tenha poder de decisão sobre sua saúde, sem que isso comprometa a qualidade do atendimento médico. Esse equilíbrio se dá pelo compromisso com a conformidade ética. Não se trata de impor tratamentos, mas sim de alinhar a beneficência às escolhas do paciente, respeitando tanto sua autonomia quanto a responsabilidade médica na tomada de decisões. Dessa forma, a medicina pode continuar evoluindo sem perder sua essência ética e moral.

O slide que apresentei trata do equilíbrio de forças que deve ser mantido na relação entre médico e paciente, sempre com o objetivo de buscar o que é certo. Mais uma vez pergunto: o que realmente é certo? Sob essa perspectiva, ao refletirmos sobre esse conceito, podemos recorrer a Hipócrates, que já dizia que “estar em conformidade significa auxiliar o paciente ou, no mínimo, não o prejudicar com base no ato médico”. Desde o momento em que assino um documento — seja um pedido de exame, uma solicitação de internação, um requerimento de órtese ou prótese — estou assumindo um compromisso com essa premissa. Essa responsabilidade é inerente ao exercício da medicina.

### ***Estar em Conformidade: Nem Imposição, Nem Omissão***

O compliance médico não consiste em impor condutas. Ele exige que estejamos em conformidade com os princípios éticos que orientam nossas ações — e que, ao mesmo tempo, respeitemos a autonomia do paciente como sujeito ativo da relação.

Esse equilíbrio de forças entre médico e paciente é o centro da boa prática. E nos leva, novamente, à pergunta: “O que é “fazer o certo”?”

Mais de dois mil anos atrás, Hipócrates, considerado o pai da medicina, já nos indicava o caminho. Em sua obra Epidemias, por volta de 430 a.C., ele escreveu:

*“Ao lidar com os doentes, devemos praticar duas coisas: ajudar ou, ao menos, não causar dano.”*

Esse é o ponto central da ética médica: Ou ajudamos — ou, no mínimo, não prejudicamos.

E isso começa, como dissemos antes, no ato mais básico da prática médica: a assinatura. Seja uma solicitação de exame, um pedido de órtese ou um encaminhamento para cirurgia, cada ação deve ser refletida e responsável.

### ***Compliance: Mais que Lei — Uma Cultura***

**Dr. Leonardo:** Compliance não se resume a um programa que simplesmente incentiva o cumprimento da lei. Mais do que isso, é um compromisso com a ética e a cultura de conformidade, algo que precisa ser disseminado não apenas na

prática médica, mas também nas faculdades, na academia e, obviamente, nos conselhos regionais e federal de medicina. Afinal, além de serem espaços de representação dos profissionais, esses conselhos têm um papel judicante e fiscalizador da prática médica.

Seguir a lei deve ser um princípio internalizado na formação do médico, desde a faculdade até a residência médica, passando pelos cursos de educação continuada promovidos por sociedades especializadas. O papel dos conselhos de classe, como o Conselho de Medicina, é justamente reforçar essa necessidade, promovendo um ambiente em que a conformidade seja percebida como um instrumento de proteção ao bem comum. Isso significa garantir o equilíbrio das nossas ações e respeitar tanto a autonomia do médico quanto a do paciente.

Seguir as leis não deve ser apenas uma obrigação — deve ser uma escolha consciente, uma vontade ética. E isso só se constrói com uma formação moral sólida, desde os primeiros passos da vida médica. Resumindo: essa formação precisa acontecer em todos os espaços de desenvolvimento profissional:

- Nas faculdades de medicina
- Nas residências médicas
- Nos cursos de educação continuada promovidos pelas sociedades científicas
- E, especialmente, nos Conselhos de Classe, como o Conselho Regional e o Conselho Federal de Medicina

Esses espaços devem fomentar uma cultura de reflexão ética e responsabilidade social, que transcenda o cumprimento técnico de normas. O verdadeiro compliance é aquele que nasce do desejo de estar em conformidade com o bem comum — e que preserva o equilíbrio da autonomia entre médico e paciente.

### *Os Dilemas da Medicina São Éticos*

**Dr. Leonardo:** É fundamental lembrar que os grandes conflitos que vivenciamos na prática médica cotidiana não são, em sua maioria, clínicos; são éticos. Devemos sempre lembrar dos dilemas e conflitos que surgem à beira do leito, no dia a dia da medicina—seja na prática clínica ou cirúrgica. A maioria dessas questões não é estritamente técnica, mas sim ética. As decisões de tratar ou não tratar, operar ou não operar, prescrever ou não prescrever envolvem julgamentos que transcendem a mera aplicação do conhecimento médico. Teoricamente, todos saem bem-preparados da faculdade, mas há desafios na formação médica que exigem atenção e aprimoramento contínuo. Essa é uma preocupação constante dos conselhos regionais e do Conselho Federal de Medicina, que seguem buscando soluções para fortalecer a qualidade da formação e da prática profissional.

Dúvidas como:

- “Devo operar este paciente agora?”
- “Devo manter o tratamento ou suspender?”
- “Devo prescrever este medicamento mesmo sabendo dos riscos?”
- “Até que ponto uma complicação pode ser tolerada antes de intervir novamente?”

## ***A formação moral precisa acompanhar a técnica. A técnica sem ética é um risco***

Teoricamente, todo médico sai bem-preparado da faculdade. Pelo menos até então. No entanto, não vamos entrar nessa discussão agora, pois seria um outro tema complexo. Há um grande esforço dentro dos conselhos regionais e do Conselho Federal de Medicina para abarcar essa questão, mas, do ponto de vista legal, trata-se de uma decisão que transcende a competência dos conselhos. Apesar disso, seguimos lutando e defendendo melhorias na formação médica, pois essa é uma preocupação essencial.

Cada indicação, cada conduta, cada julgamento precisa ser fruto de uma reflexão ética verdadeira. A única forma de manter esses quatro gigantes em equilíbrio é por meio da ação médica moralmente fundamentada.

Embora a formação técnica dos médicos seja sólida, com domínio no tratamento mais avançado ou na tecnologia mais inovadora e muitas vezes negligencia-se um aspecto fundamental: a conformação moral do profissional. Hoje, há uma ênfase excessiva em protocolos, diretrizes e atualizações científicas o que pode obscurecer um princípio essencial: nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável. Essa reflexão é crucial, pois os médicos, sejam cirurgiões ou clínicos, carregam consigo quatro grandes gigantes que acompanham cada ato médico: a complicação, a recidiva, a sequela e a morte. Esses elementos não são exceções, mas sim parte da realidade cotidiana da medicina, independentemente da complexidade do tratamento e que acompanham a vida de todo médico. Elas estão presentes nos atendimentos simples e nos procedimentos complexos, na clínica e na cirurgia, na rotina e nas emergências.

Por isso, a cada decisão, indicação, julgamento ou ação, precisamos realizar uma reflexão ética sobre o impacto de nossas escolhas. Essa análise permite que o médico possa enfrentar de maneira mais equilibrada os dilemas inerentes à prática médica. Não há como fugir desses desafios, mas é possível buscar uma abordagem mais harmônica e responsável. Assim, quando uma complicação ocorre, ela deve ser acompanhada de uma reflexão ética; o mesmo vale para uma recidiva, uma sequela e até mesmo a morte de um paciente.

### ***Os Quatro Gigantes da Alma do Médico***

- **A Complicação**
- **A Recidiva**
- **A Sequela**
- **A Morte**

Um médico pode enfrentar uma complicação... Pode lidar com uma sequela... Pode assistir a uma recidiva... Ou pode, inclusive, viver a perda de um paciente.

Mas se a conduta tiver sido ética, reflexiva e tecnicamente justificada, então haverá serenidade — para o médico e para os familiares do paciente.

A ética não elimina o risco, mas traz paz à consciência. Ela organiza o caos inevitável da prática clínica. E é exatamente para lidar com essas situações que existe o Código de Ética Médica — um instrumento normativo e moral que orienta o médico em suas decisões.

### *O Código de Ética Médica: Escudo e Guia/ O Horizonte para O Bem Comum*

**Dr. Leonardo:** Para aqueles que ainda não o conhecem, trata-se da resolução de 2018, que estabelece 117 deveres e 11 direitos dos médicos. Esse número é significativo, pois cada ato médico que não é fruto de uma conduta ética ou de uma reflexão voltada para o bem pode gerar uma responsabilidade direta para o profissional. Nos últimos anos, o Código de Ética Médica tem se tornado mais abrangente, incorporando novas resoluções, como a recente norma sobre publicidade médica, que surgiu para regulamentar ações médicas, buscando evitar julgamentos apressados entre certo e errado, sem uma análise profunda sobre os princípios éticos envolvidos.

Cada ato médico não fundamentado eticamente, que não visa o bem, que não é fruto de reflexão, tem grande chance de se transformar em um dever não cumprido — e, portanto, em uma infração ao Código.

O horizonte da ética médica deve sempre ser o bem comum. Ética é, em última instância, buscar o bem dos nossos pacientes. A reflexão não deve se restringir ao interesse individual, mas considerar a coletividade e a proteção dos pacientes. Estar em conformidade significa avaliar constantemente nossas práticas e tomar decisões com responsabilidade.

### *Slippery Slope: A Ladeira Escorregadia da Ética*

**Dr. Leonardo:** Essa preocupação leva a um conceito fundamental da bioética que surgiu em 1985: slippery slope — expressão cunhada em 1985 e popularizada na ética médica contemporânea. Em tradução livre, significa “ladeira escorregadia”. Esse termo reflete a importância de evitar pequenas concessões éticas, aparentemente inofensivas, que possam comprometer princípios éticos e abrir precedentes perigosos na tomada de decisões médicas.

As decisões podem, aparentemente, não ter grandes consequências ao longo da vida, especialmente em temas controversos, como a prescrição de medicamentos de última geração (que ainda não possuem uma regulamentação clara), terapias não reconhecidas oficialmente pelo conselho ou cirurgias sem regulamentação específica. No entanto, o argumento central não se limita às escolhas individuais, mas sim ao potencial início de uma tendência que pode impactar a prática médica no futuro.

É fundamental compreender o conceito de slippery slope (ou “ladeira escorregadia”), pois ele pode surgir a partir de atos aparentemente inocentes na prática médica como:

- Prescrição de medicamentos experimentais sem respaldo ético.
- Realização de procedimentos não regulamentados.
- Delegação irresponsável de assinaturas e documentos.
- “Flexibilizações” que visam agradar planos de saúde ou instituições.

Um simples procedimento administrativo, como a assinatura de uma guia — muitas vezes terceirizada para secretários ou funcionários — pode, com o tempo, gerar um efeito acumulativo de consequências negativas. Inicialmente imperceptível, esse processo pode evoluir para um cenário de impacto significativo, afetando não apenas o paciente, mas também a classe médica como um todo, levando à sua degradação.

Um exemplo recente foi o escândalo da chamada “máfia das drogas”, amplamente divulgado pela imprensa. Nesse caso, a Polícia Federal identificou um esquema ilícito que começou com atos aparentemente isolados, mas que, repetidos ao longo do tempo, criaram um sistema corrompido. Esse fenômeno ilustra perfeitamente como decisões individuais podem, aos poucos, tornar-se práticas comuns, mesmo quando são inicialmente vistas como absurdas. Esse é o verdadeiro risco da *ladeira escorregadia*. O comportamento aparentemente inocente, como permitir que outra pessoa assinasse por você ou prescrever algo fora das normas, pode levar a uma sequência de malefícios crescentes — ao paciente e à reputação da classe médica.

Por isso, cada ato médico deve ser consciente, reflexivo e ético. Não por medo de punição, mas por compromisso com a essência da medicina: o cuidado com o outro e a preservação da dignidade humana.

### *Slippery Slope: A Fronteira entre o Seguro e o Arriscado*

**Dr. Leonardo:** O conceito de slippery slope representa uma fronteira tênue entre o que é seguro e o que é arriscado. Na prática médica, isso significa que uma ação aparentemente inofensiva pode se transformar em uma cadeia de eventos com sérias consequências éticas e clínicas. Para entender melhor esse risco, especialmente no contexto médico, podemos dividi-lo em quatro pilares interligados. O primeiro deles é o chamado *Primeiro Passo*.

#### ◆ 1. O Primeiro Passo

Trata-se de uma ação inicial, uma decisão aparentemente simples:

- **A assinatura de uma guia;**
- **A prescrição de um medicamento novo;**
- **A indicação de um procedimento ainda não validado pelas sociedades médicas;**
- **A adoção de uma técnica não regulamentada.**

A partir desse ponto, inicia-se um segundo estágio: a *Sequência*.

#### ◆ 2. A Sequência

**Dr. Leonardo:** O que é a Sequência? A primeira ação leva naturalmente a outras ações complementares ou justificativas. Refere-se ao efeito encadeado de ações decorrentes daquela decisão inicial. Muitas vezes, práticas inicialmente simples levam a outras condutas, que podem se expandir para áreas pouco definidas — conhecidas como “zonas cinzentas”. Esse é o grande problema do slippery slope: pequenas concessões feitas sem um devido controle podem resultar em um efeito cascata. O argumento “ah! isso não vai dar em nada” pode, sem percebermos, transformar-se em

um problema de grandes proporções. Quando se percebe o impacto real, a questão já ganhou uma escala preocupante, criando uma área de indefinição prolongada.

Assim, após uma sequência de ações, de autorizações, chegamos ao terceiro estágio: a *zona cinzenta*

### ◆ 3. A Zona Cinzenta

**Dr. Leonardo:** Nesse estágio, o médico pode perder o controle do que está fazendo, e essa prática pode ser explorada por indivíduos de má-fé — seja dentro do próprio sistema de saúde ou em interesses externos, como indústrias farmacêuticas e outras organizações. Por isso, é fundamental manter uma postura ética e crítica diante das decisões tomadas no exercício da medicina, evitando concessões que possam comprometer a integridade da profissão e, principalmente, a segurança dos pacientes.

A guia gerada, que representa o primeiro passo, desencadeia uma sequência de ações e autorizações que, eventualmente, podem chegar a uma zona cinzenta — onde, infelizmente, podem cair nas mãos de pessoas inescrupulosas.

Aqui, o médico entra num campo de incertezas e indefinições, onde as normas, a ética e a regulamentação tornam-se cada vez mais difíceis de delimitar.

A “zona cinzenta” é onde o controle se perde. É onde o ato médico deixa de ser puramente clínico ou ético — e começa a ser manipulado por interesses externos, muitas vezes inescrupulosos. Essa zona é explorada por indústrias, instituições ou até mesmo indivíduos mal-intencionados que se aproveitam da fragilidade da cadeia de decisões.

### ◆ 4. O Resultado Catastrófico

Ao final dessa ladeira, o risco se concretiza. O quarto e mais grave desdobramento desse processo é um resultado catastrófico, que pode significar prejuízo ao paciente e, ao mesmo tempo, a degradação da classe médica. Nosso objetivo é evitar que isso aconteça.

O que começou como um gesto inofensivo pode culminar em:

- **Maleficência ao paciente**
- **Consequências jurídicas e éticas graves**
- **Desvalorização da imagem da classe médica**

A perda da ética começa em pequenas concessões. O dano se concretiza na repetição que banaliza o absurdo.

#### *A Importância da Reflexão Ética desde o Início*

**Dr. Leonardo:** É essencial que cada ato médico, por mais simples que pareça, seja pautado por reflexão ética, responsabilidade moral e consciência institucional.

O *slippery slope* não começa na catástrofe. Ele começa na falta de atenção a um gesto aparentemente banal.

O conceito de *slippery slope*, embora por vezes questionável, evidencia com clareza que mesmo um ato médico aparentemente simples pode ser o início de uma

perigosa ladeira escorregadia. Pequenas concessões feitas sem a devida reflexão podem levar a consequências desastrosas, tanto para o paciente quanto para a profissão médica como um todo.

Por isso, é fundamental enfatizar — de forma incontestável — que a ética é um princípio que jamais pode ter fim. O que isso significa? Que a reflexão sobre nossas ações e sobre nossa moral deve ser constante, independentemente do tempo de formação ou da experiência acumulada. Não importa se o médico acaba de se formar ou se tem 40, 60, 70 ou até 80 anos de prática: a ética deve sempre guiar suas decisões.

Cada ato médico praticado exige uma reflexão profunda. Como dizia Confúcio, de maneira simples e direta: ‘É mais fácil vencer um mal hoje do que amanhã’. Portanto, iniciemos essa reflexão agora, para que nossas escolhas no presente não se tornem problemas no futuro.

### **SLIPPERY SLOPE** (*Ladeira Escorregadia*)



#### **1. Primeiro Passo**

Uma ação ou decisão que aparenta ser aceitável.



#### **2. Sequência**

Uma série de etapas subsequentes que decorrem da primeira.



#### **3. Zona Cinzenta**

Área de incerteza e perda de controle ético, onde as decisões passam a ser influenciadas por fatores externos ou interesses escusos.



#### **4. Resultado Catastrófico**

Consequência final com prejuízo significativo ao paciente e à profissão médica.

### **A Ética Não Pode Ter Fim**

**Dr. Leonardo:** Por isso, convido cada colega médico, cada estudante, cada profissional da saúde, a iniciar — ou retomar — sua própria reflexão ética.

Peço aos senhores que, a partir de agora, possamos refletir sobre o princípio de nossas ações, nossos atos médicos e nossas decisões morais sobre o que é certo e errado — sempre tendo como prioridade a beneficência dos pacientes. Devemos, acima de tudo, evitar cair na perigosa ladeira escorregadia das pequenas concessões. O pensamento de que ‘isso não tem problema’, de que certos benefícios indiretos, como uma passagem, uma viagem ou um complemento financeiro, seriam aceitáveis, é um equívoco. Esse tipo de concessão compromete a integridade da profissão.

Nossa luta não é essa. Somos muito maiores do que qualquer concessão oportunista, que, quando acumulada, pode resultar em consequências catastróficas para a medicina e manchar a reputação da nossa classe. Preservar a ética e o compromisso com os princípios fundamentais da medicina é a única forma de garantir que nossas ações estejam alinhadas com o respeito à profissão e ao bem-estar dos pacientes.

Devemos resistir à tentação das pequenas vantagens:

- **Benefícios pessoais,**
- **Presentes,**
- **Complementações indevidas,**
- **Viagens ou favores.**

Isso não nos engrandece — nos reduz. A medicina é maior que qualquer benefício individual. O que está em jogo é a confiança na profissão e o bem-estar do paciente. Ao ceder às pequenas concessões, corremos o risco de iniciar uma ladeira escorregadia que pode terminar na degradação da classe médica e na maleficência ao paciente.

### *O Bem como Fim da Ação Médica*

**Dr. Leonardo:** Para encerrar e abrir para uma discussão com todos os senhores, termino com uma citação de Aristóteles, muito importante. Peço licença a vocês para fazer a leitura sobre o bem, que é: “*O bem é aquilo que todas as coisas dizem. O bem é o que visado de cada ação e proposta, pois é por causa dele que os homens fazem tudo o mais*”. Se há, portanto, um fim visado e tudo que fazemos, esse fim é o bem atingível pela atividade médica especificamente, e se há mais de um, esses são os bens atingíveis pela atividade. Então, é exatamente isso: a ideia de que cada ação e propósito que nós fazemos nessa condição objetiva um fim visado: o bem dos nossos pacientes.

### REFLEXÃO FINAL

Cada ação médica deve visar o bem do paciente. Esse é o verdadeiro fim ético da nossa profissão.

### *Encerramento da Aula*

Com este último slide, encerro minha apresentação e agradeço sinceramente a todos os presentes pela atenção e pela paciência em me acompanhar durante estes 43 minutos de exposição — um pouco além dos 40 previstos!

Agora, abro espaço para a discussão e interação com vocês. Fiquem à vontade para enviar suas perguntas pelo chat.

Participação do Aluno — **André Braga**

**André (Aluno):** Doutor Leonardo Emílio, André Braga aqui — seu amigo e seu fã. Boa noite, tudo bem, Léo?

**Dr. Leonardo:** Boa noite, André! Tudo bem, e você? Muito obrigado por estar presente!

**André (Aluno):** Quero te parabenizar, Léo, pela excelente exposição. Creio que eu seja um dos mais velhos que esteja te assistindo, mas quero deixar uma mensagem para os mais jovens: Aprender nunca ocupa espaço. As trocas de experiência são fundamentais em todos os momentos da nossa vida, e que nós, profissionais médicos, nunca nos esqueçamos da ética e do zelo com o paciente em primeiro lugar. Parabéns pela empreitada, sucesso, e conte conosco. Um abraço, meu amigo.

**Dr. Leonardo Emílio:** Muito obrigado, André. Estamos aqui à disposição para discutirmos juntos. A ideia deste curso é justamente essa: promover reflexão e troca de experiências. Obrigado pelos cumprimentos!

A próxima apresentação [Aula 2] será conduzida pelo professor Ildeu, colega do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. Ele é um especialista excepcional e abordará temas fundamentais, como o termo de consentimento e documentos médicos.

**André (Aluno):** Léo, é o André de novo. Tenho uma dúvida, se eu puder falar...

**Dr. Leonardo:** Opa, por favor, pode falar.

**André (Aluno):** Então vou iniciar aqui. Léo, sobre compliance e ChatGPT, inteligência artificial. O que você pode nos esclarecer melhor sobre isso?

**Dr. Leonardo:** Ótima pergunta. A inteligência artificial (IA) é uma realidade irreversível. Não tem mais como fugir disso. O grande debate gira em torno da mesma questão central do compliance: agir com ética e promover a reflexão sobre nossas ações. Estar em conformidade significa garantir que cada decisão seja pautada em responsabilidade e princípios éticos.

Ferramentas como o ChatGPT oferecem inúmeras possibilidades. Com elas, é possível realizar análises, desenvolver trabalhos científicos, conduzir pesquisas e muito mais. No entanto, o uso dessas tecnologias também exige reflexão e discernimento, principalmente em relação à confiabilidade da informação e à preservação dos valores que regem nossa profissão.

Assim como aconteceu com a internet, a inteligência artificial também gera inúmeras expectativas e debates. Posso falar disso com propriedade, pois vivi essa transição: durante minha formação, a internet ainda não existia, e foi apenas na residência médica que começaram a surgir os primeiros computadores e a difusão da web. Na época, muitos acreditavam que a internet mudaria tudo—que nivelaria o acesso à informação e proporcionaria igualdade de oportunidades. No entanto, essa previsão não se concretizou completamente.

Da mesma forma, a IA não representará uma transformação absoluta ou homogênea. Ela trará avanços significativos, mas seu impacto dependerá do contexto em que for utilizada. Podemos observar diferentes perfis de indivíduos lidando com essa tecnologia: há aqueles que possuem uma boa conformação moral, mas cujas decisões éticas são questionáveis, pois sabem distinguir o certo do errado, mas não refletem sobre o bem e o mal que suas ações podem causar. Por outro lado, há os indivíduos totalmente alheios à ética, que nunca consideraram o impacto moral de suas escolhas. Felizmente, na classe médica, a grande maioria dos profissionais possui uma base moral e ética sólida.

Dentro dessa perspectiva, é importante compreender que o ChatGPT—para quem não conhece—é um aplicativo que recentemente lançou sua versão mais avançada. E não, não estou ganhando nada por mencionar isso! (hahaha). A ferramenta permite que os usuários façam perguntas e obtenham respostas com base na IA. Contudo, um dos desafios dessa tecnologia é que os usuários precisam aprender a formular perguntas adequadas, pois a precisão da resposta depende da forma como a questão é elaborada.

Por isso, André, a reflexão ética sobre o uso dessas ferramentas é essencial. Podemos traçar um paralelo com o surgimento do Google. Quando os motores de busca começaram a se popularizar, muitas pessoas passaram a utilizá-los para trabalhos acadêmicos sem a devida referência, levando a casos de plágio em artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso e relatórios. Como ocorreu na época, alguns acreditam que a IA pode “acabar” com profissões como nutrição ou medicina—mas isso não acontecerá.

Embora a inteligência artificial possa modificar determinados processos e práticas, sua essência deve ser entendida como uma ferramenta de aprimoramento, não como uma ameaça. O verdadeiro desafio não está na tecnologia, mas na humanidade. Se houver problemas éticos e morais na sociedade, qualquer avanço tecnológico se tornará uma questão delicada—seja a IA, a web ou as relações interpessoais. Portanto, o grande objetivo deve ser promover um ajuste na humanidade, realizando uma reflexão ética profunda sobre a moral que nos acompanha ao longo das gerações.

Vejo uma nova geração de profissionais altamente qualificados e com uma sólida formação moral. No entanto, ainda enfrentam desafios éticos que geram dúvidas, e é justamente aí que entra a sociedade médica, com seus princípios e especialidades. Espero ter abordado a questão de forma clara, André — embora tenha falado bastante, essa é minha visão sobre o tema.

**André (Aluno):** Tudo certo, Leo. Eu queria que essa ideia ficasse clara para os colegas mais novos: devemos adotar novas tecnologias sem perder de vista a essência da medicina, que é baseada na moral e na ética. Você falou muito bem!

**Dr. Leonardo:** Obrigado, meu amigo! Boa noite.

Antes de encerrar, temos aqui uma pergunta que veio sem identificação, apenas um número: *“Boa noite! Excelente palestra. Sou estudante e gostaria de saber, na prática, como proceder quando um colega médico infringir o Código de Ética Médica?”*

**Dúvida da Plateia:** Como agir diante de uma infração ética?

**Estudante (anônima):** “Boa noite! Excelente palestra. Sou estudante e gostaria de saber, na prática, como proceder quando um colega médico infringir o Código de Ética Médica?”

**Dr. Leonardo Emílio:** Ótima pergunta. A primeira coisa importante é reconhecer o contexto da infração. Nem sempre ela decorre de má-fé — muitas vezes, é fruto de desconhecimento ou falta de orientação.

Primeiro, é fundamental entender que existe uma interação direta entre médicos, e nem toda infração ao Código de Ética Médica está necessariamente ligada a uma falta de moralidade. O mais importante é saber como agir de maneira responsável e ética diante dessas situações.

Em algumas situações, a infração ética pode ocorrer por desconhecimento. Por isso, o melhor caminho é abordar o colega diretamente, em particular, e conversar sobre o ocorrido. Nunca exponha a pessoa publicamente—o ideal é chamá-la para um diálogo respeitoso. Você pode iniciar dizendo algo como: “Gostaria de conversar com você sobre uma situação. Observei algo que me chamou atenção e acredito que pode ter gerado uma infração ética.” Esse tipo de abordagem evita constrangimentos e permite que o colega compreenda o impacto de suas ações.

Entretanto, se a conduta inadequada for repetitiva, grave ou houver recusa em reconhecer o problema — por exemplo, alguém que afirme “Eu faço isso há anos e não vejo motivo para mudar” — é necessário seguir um encaminhamento institucional. Dentro da organização, existe uma figura responsável por essa supervisão: o diretor técnico. Ainda que você seja acadêmico, o diretor técnico tem atribuições específicas para lidar com essas questões e orientar sobre os procedimentos adequados.

Se você tiver algum problema com a conduta de um colega, pode procurar o diretor técnico do hospital e relatar a situação. Por exemplo: “Olha, no plantão tal, aconteceu isso e isso com o médico fulano de tal.” A partir desse relato, o diretor técnico pode encaminhar o caso para a Comissão de Ética do hospital, que fará uma avaliação e tomará as medidas cabíveis.

Outra alternativa é registrar uma denúncia diretamente no Conselho Regional de Medicina. O CRM possui uma ouvidoria específica para receber esse tipo de reclamação. Caso tenha ocorrido algo grave durante um atendimento, ou alguma situação ética questionável, você pode formalizar a queixa diretamente por lá.

Mas o que eu recomendo, na maioria dos casos? Sempre que possível, é preferível tentar resolver a situação de forma mais direta e harmoniosa. Muitas vezes, o conflito pode ser uma oportunidade de aprendizado e crescimento profissional. Nós, médicos, vivemos constantemente em situações de decisão e julgamento, então é essencial compreender bem o contexto antes de agir.

Se não se tratar de uma atitude grosseira ou repetitiva, uma conversa franca, fora do ambiente de tensão — quem sabe até tomando um café — pode ser muito mais produtiva. Agora, se for algo realmente grave ou recorrente, aí sim: procure o diretor técnico ou o próprio Conselho Regional de Medicina.

Esse é o caminho para agir corretamente quando um colega infringe o Código de Ética Médica. Espero ter respondido sua pergunta. Se quiser, pode escrever aqui no chat.

O Dr. Antônio Eustáquio está aqui com a gente, dando boa noite. Gostaria de agradecer ao Dr. Antônio Eustáquio, que comentou:

*“Parabéns pela aula. Sou nefrologista, 24 anos de formado. Gostei de ver o Dr. André, meu ex-chefe do HIDG, também estou por aqui.”*

Muito obrigado, Dr. Antônio! E temos vários outros colegas interagindo também, é sempre um prazer ver essa participação. Obrigado, doutor! E a todos os colegas que participaram, muito obrigado pela presença e pela confiança. Seguimos juntos, refletindo, compartilhando e fortalecendo a ética no ato médico.

**Aluno Presley:** Doutor, boa noite.

**Dr. Leonardo:** Boa noite! Quem está falando?

**Aluno Presley:** Sou Presley, estudante de Medicina em Itumbiara, interno do décimo período.

**Dr. Leonardo:** Presley, seja muito bem-vindo! Um prazer falar com você.

**Aluno Presley:** Prazer é meu. Do ponto de vista do compliance, o senhor trouxe o tema para nossa reflexão individual ou o compliance já é uma realidade em hospitais

e conselhos? Sabemos que existe em instituições “tipo” empresas grandes, mas o senhor tem notícia de compliance em alguns locais? ou o senhor trouxe o compliance para minha reflexão enquanto aluno?

**Dr. Leonardo:** Excelente pergunta, Presley. Eu vou te responder em duas situações. Hoje, nós falamos do compliance do médico, compliance médico. Vamos falar nas futuras aulas, não será especificamente o termo do compliance, mas será em relação ao compliance do hospital, nesse contexto todo, e o compliance das operadoras de saúde, que é o que mencionou em relação a essas empresas. Falei especificamente sobre o exercício da medicina, voltado para compliance na condição de percepção, de reflexão do meu ato, com o objetivo claro de estar em conformidade.

Este ano começamos o compliance do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, com abertura de uma licitação; estamos implementando, pela primeira vez, um programa formal de compliance interno sobre ações das pessoas que trabalham no Conselho Regional de Medicina. Pela primeira vez, uma instituição que representa a ética médica está estruturando seu próprio sistema de conformidade, com manual, governança administrativa e regras para todos — do porteiro ao presidente do CRM-GO.

Essas regras, no fim da história, não existem para punir, mas para trazer limites claros às nossas ações, mesmo dentro de conselhos e sociedades médicas. Isso porque, muitas vezes, o excesso de autonomia do médico pode dar lugar a uma ilusão de poder ilimitado. O compliance vem justamente para organizar isso — inclusive dentro de cargos institucionais, assim como eu, que sou um diretor científico também devo ter o meu limite de ação.

Olha, eu não nasci conselheiro, não. Sou médico, trabalho muito, sou cirurgião, opero bastante e tenho um amor imenso pelo que faço. Nunca fui formado para ser conselheiro, nem para ocupar cargo algum. Entrei aqui porque sinto, mais do que um altruísmo, uma necessidade real de contribuir com a formação ética, especialmente no meio acadêmico — afinal, faço parte da Universidade Federal de Goiás e acompanho de perto a trajetória dos nossos acadêmicos. E acredito que, dentro do Conselho, posso fazer muito mais por essa causa.

Mas, para isso, eu também preciso de regras claras para orientar minhas ações. O médico, por conta da grande autonomia que possui — construída ao longo da formação e do exercício profissional —, às vezes acaba confundindo os próprios limites. Dentro de conselhos de especialidade, sociedades médicas ou até mesmo no ambiente hospitalar, é comum que o médico ultrapasse barreiras sem perceber, achando que está tudo dentro de sua alçada. Essa autonomia, se não for bem compreendida, pode se transformar em uma ideia exagerada de poder. E isso é perigoso.

Por isso, aqui no Conselho Regional de Medicina de Goiás, adotamos neste ano uma política de compliance. Essa regra vai valer para todos — do porteiro ao presidente, sem nenhum demérito, é claro, mas estabelecendo uma estrutura clara de responsabilidades. Todos, sem exceção, deverão seguir essas normas de conformidade. E mais: esse compromisso será registrado em cartório e comunicado ao Tribunal de Contas da União (TCU). Será obrigatório o cumprimento dessas diretrizes.

Graças a Deus, nunca tivemos nenhum problema sério até hoje. Mas, como eu disse lá no início, lembrando Kant:

*“O céu estrelado acima de mim e a lei moral dentro de mim.”*

Nem todos têm a mesma constituição moral. Essa formação ética é individual, construída ao longo da vida, e pode variar muito entre as pessoas; não é uma constituição moral não é igualitária.

É justamente essa diferença que pode, em alguns casos, causar danos a instituições grandes e importantes como o Conselho Regional de Medicina, no nosso caso, que representa mais de 30 mil médicos apenas no Estado de Goiás e, em âmbito nacional, o Conselho Federal de Medicina, que representa mais de 500 mil médicos. Presley, eu respondi?

**Aluno Presley:** Sim, obrigado. Que esse pioneirismo dê bons frutos às instituições. Um abraço, muito obrigado!

**Dr. Leonardo Emílio:** Eu te espero aqui no ano que vem para pegar sua carteira!

**Aluno Presley:** Já está quase! Turma 2, sul de Goiás. Valeu!

Encerramento Oficial da Aula

**Dr. Leonardo:** Alguém mais? se mais alguém quiser perguntar, estamos com tempo. Quero dizer que estou muito contente com a nossa discussão de hoje. Tivemos uma abrangência ética profunda, e agradeço imensamente a presença de todos.

Deixo um convite aos senhores que estão inscritos a estarem conosco na próxima aula, com o tema: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Documentos Médicos. A aula será ministrada pelo Dr. Ildeu Almeida, ortopedista e conselheiro do CRM de Minas Gerais, com forte atuação ética e grande experiência em documentos médicos e práticas seguras.

Agradeço a todos vocês que participaram aqui do nosso curso.; o médico sempre ele busca a boa prática beneficente Saio desta aula muito feliz pela participação de quase 200 inscritos. Isso demonstra que a classe médica se interessa, sim, pelas boas práticas.

O que não podemos permitir é que pequenas concessões éticas desvirtuem a essência moral do nosso ofício, das nossas ações.

Muito obrigado pela presença de todos vocês! Nos vemos terça-feira que vem, mais uma vez às 19h — com pontualidade, leveza e espaço para nossa discussão ao final.

Se gostaram por favor, podem ir no Instagram do Conselho Regional de Medicina, façam um comentário do curso; é muito importante para nós para poder mostrar que estamos fazendo isso junto a classe médica, poder promover algum evento dentro da instituição etc.

Para quem é diretor técnico e clínico, no próximo sábado agora teremos o nosso primeiro *Fórum de diretores técnicos e clínicos* aqui no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, presencial, aberto a toda comunidade; vamos discutir qual é o papel de diretor técnico e o papel de diretor clínico.

Então quem tem dúvida ou quem é diretor técnico ou clínico, venha participar. Estaremos no sábado de 8h da manhã até o meio-dia, discutindo sobre a importância do diretor técnico e clínico e tirando as dúvidas de vocês.

Boa noite a todos, um abraço! sejam todos muito felizes nessa semana, até terça-feira que vem. Abraço, muito obrigado.

**Alunos:** Abraço, Léo. Boa noite, Antônio. Boa noite a todos.

### **INFORMES FINAIS**

Ao final desta apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de enviar perguntas e comentários por meio do chat ao vivo, promovendo uma discussão enriquecedora sobre o tema.

Esta aula, assim como as demais do programa, está disponível no canal oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás no *YouTube*, podendo ser consultada a qualquer momento para aprofundamento ou revisão do conteúdo.

No próximo capítulo, abordaremos: **[Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Documentos Médicos]**.

# [TCLE e Documentos Médicos]

Moderador: Dr. Leonardo Emílio

Palestrante: Dr. Ildeu Almeida

Data: 23 de janeiro de 2023

Local: Goiânia – GO

Link: [https://www.youtube.com/watch?v=Nv1IMr3\\_65Q&t=23s](https://www.youtube.com/watch?v=Nv1IMr3_65Q&t=23s)

Esta aula foi ministrada em 23 de janeiro de 2023, durante o Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. O tema abordado neste encontro foi *TCLE e Documentos Médicos* com apresentação do Dr. Leonardo Emílio [diretor científico do CREMEGO] e palestra do Dr. Ildeu Almeida

A seguir, apresentamos a transcrição adaptada e revisada da aula, com ajustes para maior clareza e fluidez, mantendo a fidelidade ao conteúdo original.





## [TCLE E DOCUMENTOS MÉDICOS]

Boa noite a todos!

Esta é a **segunda aula** do curso, que contará ainda com **mais seis** encontros. Teremos o privilégio de contar novamente com a participação do Dr. Ildeu Almeida em futuras aulas, incluindo uma sobre a *Lei Geral de Proteção de Dados*.

### PARTE I - INTRODUÇÃO

**Dr. Leonardo:** Gostaria de apresentá-lo. Dr. Ildeu Afonso de Almeida Filho foi presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo em 2019, é conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, com mandato de 2018 a 2028, e atua como cirurgião de ombro no Hospital Felício Rocho e no Instituto Horizonte. Está certo, Dr. Ildeu?

**Dr. Ildeu:** Certíssimo!

**Dr. Leonardo:** Além disso, ele é *Clinical Research Fellow*<sup>1</sup> em Nottingham, na Inglaterra. Dr. Ildeu, é um prazer enorme. Tenho grande admiração por sua defesa da prática médica ética e pela sua atuação na valorização da profissão. Tive o privilégio de conhecê-lo mais de perto por meio da Sociedade de Ombro e Cotovelo e por meio do colega Dr. Sandro Reginaldo. Para mim, é uma grande satisfação tê-lo conosco. O Dr. Ildeu abordará o tema “**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Documentos Médicos**”. Lembrando a todos que as perguntas podem ser enviadas via *chat*, e, ao final da apresentação, haverá espaço para perguntas ao vivo. Muito obrigado, Dr. Ildeu.

**Dr. Ildeu:** Eu que agradeço a oportunidade de participar deste curso de Boas Práticas Médicas. O curso surgiu, inclusive, a partir da elaboração de um manual que me proporcionou o contato com o Dr. Leonardo. Estudamos juntos os temas abordados, e a partir disso surgiram essas apresentações.

Gostaria de iniciar tratando dos documentos médicos, e dentro desse grupo, focar no **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, que, apesar de muitas vezes

---

<sup>1</sup> Um “Clinical Research Fellow” (Bolsista de Pesquisa Clínica) é um profissional, geralmente um médico, que se dedica a realizar pesquisas clínicas em uma instituição de saúde ou de pesquisa. Esta posição é muitas vezes um passo para a carreira acadêmica e/ou para aprofundar o conhecimento e a experiência em uma área específica da medicina.

ser fornecido pelo hospital, deve ser elaborado e compreendido a partir do conhecimento médico. É um documento que protege tanto o paciente quanto o profissional.

**Dr. Leonardo:** Perfeitamente, Dr. Ildeu.

**Dr. Ildeu:** Vou minimizar a câmera aqui para facilitar a visualização dos documentos médicos que representam uma atividade fundamental no exercício da nossa profissão. Entre eles, destaca-se o prontuário médico.

### *O Prontuário Médico: Obrigação Ética e Instrumento de Proteção*

**Dr. Ildeu:** O prontuário médico é, ao mesmo tempo, um instrumento de proteção, documentação e defesa para o profissional que exerce a medicina. Ele se baseia nos princípios do Código de Ética Médica, nos fundamentos científicos e nas publicações reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tratamento das doenças.

Trata-se de uma obrigação ética e legal — não uma escolha facultativa. Dos artigos do Código de Ética Médica que tratam diretamente dessa exigência o **Artigo 87 do Código de Ética Médica** estabelece que:

**“É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.”**

Como deve ser o prontuário?

- Legível e com escrita clara
- Preenchido cronologicamente, com data e hora
- Deve permitir a compreensão da história clínica, da conduta adotada e do estado de saúde do paciente
- Ao final, deve ser assinado e carimbado (em formato físico), ou assinado eletronicamente (no formato digital)

Ou seja, o prontuário deve ser realizado **em todo atendimento**. O paciente tem **direito a um registro formal** de tudo o que está sendo feito durante sua assistência médica.

O prontuário também deve ser coerente. Observamos atualmente uma prática recorrente — que desaconselhamos fortemente — de copiar e colar trechos (o famoso **Ctrl-C, Ctrl-V**) em prescrições e evoluções médicas eletrônicas. Chegamos a situações absurdas, como a de pacientes que continuaram sendo “envolvidos” mesmo após o óbito.

Houve caso de um paciente internado em uma UTI que evoluiu para óbito, e no dia seguinte houve uma evolução registrada com as mesmas informações do dia anterior — um claro uso indevido do **copiar e colar**. Isso é indefensável e inadmissível. Cada paciente merece um atendimento individualizado, e a evolução clínica deve refletir com fidelidade a situação real de saúde do paciente naquele momento. Por isso, é fundamental registrar data e hora corretamente, além de garantir coerência entre o que foi escrito e o que de fato ocorreu.

### *Estrutura do Prontuário Médico*

O prontuário médico, no contexto de uma consulta, deve conter a anamnese — com a descrição da história da moléstia atual —, o exame físico realizado naquela oportunidade e, também, os exames complementares. O ideal é que esses exames

complementares estejam devidamente registrados no prontuário, ainda que isso nem sempre seja simples nos sistemas eletrônicos. Muitas vezes o paciente apresenta os exames apenas no celular ou em papel impresso, o que exige que o médico documente essas informações de forma descritiva no prontuário eletrônico.

Também deve constar a hipótese diagnóstica, bem como a conduta adotada, que deve ser coerente com tal hipótese. Com frequência, observamos evoluções de pacientes internados em que, ao se ler a descrição da evolução clínica, percebe-se que a conduta registrada não guarda relação lógica com o que foi descrito anteriormente. É fundamental que haja coerência entre os elementos do prontuário — tanto no contexto da consulta ambulatorial quanto na evolução de pacientes internados.

Resumindo: o prontuário médico, em atendimentos ambulatoriais, deve conter os seguintes elementos mínimos:

- Anamnese, com a descrição detalhada da história da moléstia atual;
- Exame físico realizado no momento da consulta;
- Exames complementares pertinentes (mesmo que não anexados, devem ser descritos);
- Hipótese diagnóstica;
- Conduta médica, que deve ser coerente com a hipótese diagnóstica e com a evolução descrita.

O prontuário precisa refletir **a realidade clínica do paciente**. A responsabilidade pela sua guarda é do diretor técnico da unidade de saúde, seja ela uma clínica, hospital ou qualquer outra instituição com esse cargo formalizado. No caso de consultórios particulares, onde não há diretor técnico registrado no Conselho de Medicina, a responsabilidade recai diretamente sobre o médico.

A responsabilidade pela sua guarda depende da estrutura da unidade de saúde é do diretor técnico da unidade de saúde, seja ela uma clínica, hospital ou qualquer outra instituição com esse cargo formalizado. No caso de consultórios particulares, onde não há diretor técnico registrado no Conselho de Medicina, a responsabilidade recai diretamente sobre o médico.

Responsabilidade pela guarda do prontuário:

- Hospitais e clínicas com diretor técnico: A guarda é responsabilidade do diretor técnico.
- Consultórios particulares: A responsabilidade recai diretamente sobre o próprio médico.

O prontuário médico deve retratar a realidade clínica do paciente. A responsabilidade pela sua guarda é do diretor técnico da unidade de saúde, seja ela uma clínica, hospital ou qualquer outra instituição com esse cargo formalizado. No caso de consultórios particulares, onde não há diretor técnico registrado no Conselho de Medicina, a responsabilidade recai diretamente sobre o médico.

Do ponto de vista jurídico, os prontuários físicos devem ser armazenados por um período de 20 anos. Já os prontuários eletrônicos devem ser preservados *ad aeternum*,

ou seja, por tempo indeterminado. Isso exige que a informação seja armazenada de forma segura e permanente.

✓ **DOCUMENTOS FÍSICOS DEVEM SER GUARDADOS POR, NO MÍNIMO, 20 ANOS.**

✓ **DOCUMENTOS ELETRÔNICOS DEVEM SER GUARDADOS AD AETERNUM (POR TEMPO INDETERMINADO E SEGURO).**

É dever do médico zelar pelo sigilo das informações de seus pacientes, que frequentemente envolvem dados extremamente sensíveis. Dados de saúde são classificados como dados sensíveis e, como tal, não podem ser divulgados ou revelados a pessoas não autorizadas. A **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** reforça essa obrigatoriedade, conforme já mencionado pelo Dr. Leonardo.

Por exemplo, a secretária de um consultório, ambulatório ou hospital não deve ter acesso irrestrito a esses dados. O armazenamento das informações deve garantir que não haja acesso livre dentro da instituição de saúde. Mesmo o cadastro inicial feito pela secretária na sala de espera deve ser realizado com extremo cuidado.

Hoje, não é mais permitido colher determinadas informações durante esse primeiro contato. Perguntar, por exemplo, o peso de uma paciente em local público pode causar constrangimento e levar a processos por violação da privacidade. Da mesma forma, perguntas sobre identidade de gênero devem ser evitadas em ambientes públicos, pois os conceitos de identificação de gênero se ampliaram além da categorização tradicional entre masculino e feminino. Qualquer dado biométrico ou sensível deve ser colhido exclusivamente pelo médico. Esse é um ponto essencial.

Fica assim estabelecido o acesso restrito aos dados:

- Secretárias, recepcionistas ou funcionários administrativos não podem ter acesso a dados clínicos sensíveis.
- O sistema de prontuário eletrônico deve ter níveis de acesso restrito.
- A coleta de informações na recepção ou sala de espera deve ser cuidadosa e limitada.
- Exemplos práticos:
  - Perguntar o peso corporal de um paciente na frente de outras pessoas pode gerar constrangimento e ensejar ação judicial.
  - Perguntar sobre sexo biológico em formulários abertos pode ser inadequado, dada a diversidade atual de identidade de gênero.
  - Dados biométricos não devem ser colhidos por não médicos.

### **Concluindo...**

Por exemplo, a secretária de um consultório, ambulatório ou hospital não deve ter acesso irrestrito a esses dados. O armazenamento das informações deve garantir que não haja acesso livre dentro da instituição de saúde. Mesmo o cadastro inicial feito pela secretária na sala de espera deve ser realizado com extremo cuidado.

Hoje, não é mais permitido colher determinadas informações durante esse primeiro contato. Perguntar, por exemplo, o peso de uma paciente em local público pode causar constrangimento e levar a processos por violação da privacidade. Da mesma forma, perguntas sobre identidade de gênero devem ser evitadas em ambientes públicos, pois os conceitos de identificação de gênero se ampliaram além da categorização tradicional entre masculino e feminino. Qualquer dado biométrico ou sensível deve ser colhido exclusivamente pelo médico. Esse é um ponto essencial.

Voltando à guarda dos exames complementares: eles também integram o prontuário médico. Isso inclui exames de imagem, laboratoriais e anatomopatológicos. Todos esses documentos devem ser mantidos sob sigilo e incorporados ao prontuário do paciente.

É importante esclarecer também a diferença entre prontuário eletrônico e prontuário informatizado. Na maioria dos hospitais brasileiros, quando se utiliza tecnologia para evoluções e prescrições médicas, ainda se está lidando com prontuários informatizados — e não eletrônicos.

## **1. PRONTUÁRIO INFORMATIZADO VS. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO**

A distinção está na assinatura: o prontuário informatizado não conta com assinatura eletrônica vinculada. Nesse caso, é necessário imprimir o documento, assiná-lo, carimbá-lo e armazená-lo fisicamente. A simples guarda digital, sem a assinatura eletrônica, não possui valor legal. Já o prontuário eletrônico é aquele que conta com a assinatura digital qualificada do profissional, conferindo-lhe validade jurídica.

Importante ressaltar que essa assinatura eletrônica está disponível gratuitamente para todos os médicos regularmente inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina e quites com suas anuidades, por meio do Conselho Federal de Medicina.

Antigamente, a assinatura eletrônica era um limitador para a adoção do prontuário eletrônico, pois seu custo girava em torno de 300 reais, variando conforme o tempo de validade — um, dois ou três anos — contratado pelo profissional. Isso representava um custo significativo, especialmente para instituições com grande número de médicos, como hospitais com 500 ou até mil profissionais. Atualmente, esse entrave foi superado, pois o Conselho Federal de Medicina passou a disponibilizar gratuitamente a assinatura eletrônica para todos os médicos brasileiros.

O que ainda permanece como limitação é a ausência dessa facilidade para os demais profissionais de saúde. Na área da enfermagem, por exemplo, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), até onde se tem conhecimento, não oferece assinatura eletrônica gratuita para todos os auxiliares e enfermeiros do país. Isso ainda dificulta a implantação plena do prontuário eletrônico em muitas instituições.

Do ponto de vista conceitual, um documento médico é a expressão escrita do pensamento do médico a respeito de uma pessoa. Juridicamente, trata-se de uma peça redigida por um profissional habilitado, que descreve o estado de saúde ou de doença de um indivíduo. Sua função é firmar a veracidade de determinado fato ou condição clínica.

Veja como isso é relevante: ao concluir a graduação e obter o registro profissional reconhecido pelo Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, o médico passa a ter o direito legal de exercer a medicina. Com isso, seus documentos adquirem a chamada presunção de veracidade — ou seja, qualquer documento que ele preencha, assinhe e carimbe é presumido verdadeiro até que se prove o contrário.

Esse é um direito concedido por lei e, ao mesmo tempo, uma grande responsabilidade ética. A sociedade parte do princípio de que o médico fala a verdade. Portanto, emitir um documento médico não é apenas um direito profissional, mas também um dever ético e moral perante os colegas e a sociedade.

No caso de médicos que ocupam cargos públicos concursados, o peso jurídico dos documentos que emitem é ainda maior, pois esses profissionais detêm fé pública. Isso significa que os documentos emitidos por eles têm valor legal presumido superior ao de um médico assistente da rede privada, por exemplo.

Assim, quando um médico assistente emite um relatório para uma perícia e o perito do INSS — que é um servidor público federal — emite um parecer diferente, a opinião do perito prevalece juridicamente. Isso não deve ser motivo para conflito entre os profissionais. Ambos têm direito à sua avaliação técnica, mas, nesse caso, o juízo do perito tem valor legal superior.

Entre os documentos médicos, o atestado é, sem dúvida, um dos que mais geram problemas, especialmente relacionados a denúncias éticas nos Conselhos de Medicina. Outro documento frequentemente associado a complicações é a declaração de óbito. O que torna o atestado uma fonte recorrente de conflitos é a falta de clareza, por parte de muitos médicos, sobre sua finalidade legal.

Um erro comum é preencher atestados “para devidos fins”, expressão vaga que abre margem para que o paciente utilize o documento com qualquer objetivo — inclusive como alibi em uma possível ação criminal. Por isso, todo atestado médico deve especificar seu fim: para perícia médica, para prática esportiva, para seguro-saúde, para fins trabalhistas, entre outros.

Além disso, é importante observar que o atestado médico comum, emitido para pacientes da iniciativa privada, não deve ultrapassar 15 dias. Caso o paciente precise de um afastamento maior — por exemplo, após uma cirurgia, uma fratura ou outra condição clínica que justifique um tempo prolongado de recuperação — o médico deve emitir um atestado de até 15 dias, acompanhado de um relatório médico detalhado. Esse relatório deve conter o diagnóstico, o prognóstico e uma sugestão técnica de tempo de afastamento, para que o perito do INSS realize sua avaliação e defina o tempo adequado de licença.

No entanto, quando se trata de um servidor público (municipal, estadual ou federal), o médico assistente pode emitir um atestado com o período total que considerar necessário para a recuperação do paciente, sem a limitação dos 15 dias.

Essa conduta está respaldada pela Resolução CFM n. 1.658/2002, alterada pela Resolução CFM n. 1.851/2008, que define os procedimentos para emissão de atestados médicos, inclusive para fins de perícia previdenciária.

Com base na última resolução mencionada, vocês encontrarão todas as orientações pertinentes sobre a emissão de atestados médicos. Além disso, a Portaria nº

1.722, de 1979, estabelece as normas para o fornecimento de documentos que justifiquem a dispensa do trabalho por motivo de doença. Essa portaria prevê que a incapacidade para o trabalho por até 15 dias pode ser atestada diretamente pelo médico assistente. Já afastamentos superiores a 15 dias exigem uma avaliação pelo médico perito do INSS. Mas surgem algumas situações que geram dúvidas. Por exemplo: é possível emitir um atestado com data retroativa?

**Base legal:**

- Resolução CFM n. 1.658/2002, alterada pela CFM nº 1.851/2008;
- Portaria n. 1.722/1979, que define regras sobre afastamento e perícia médica.

**Atestado com “data retroativa”: pode?**

**Situação exemplo:**

Um paciente torce o tornozelo no domingo, é atendido, mas **esquece de pedir atestado**. Volta na segunda-feira e **é atendido por outro médico**.

**✗ O NOVO MÉDICO NÃO DEVE EMITIR ATESTADO COM DATA RETROATIVA, POIS NÃO FOI ELE QUEM AVALIOU O PACIENTE NO DIA ANTERIOR.**

**✓ ATESTADO COM DATA RETROATIVA SÓ PODE SER EMITIDO PELO MESMO MÉDICO QUE ATENDEU O PACIENTE NA DATA INDICADA, DESDE QUE CONSTE NO PRONTUÁRIO.**

Caso contrário, o médico pode:

- Tentar contato com o colega que atendeu o paciente;
- Orientar o paciente a procurar a administração da unidade.

Afastamentos superiores a 15 dias exigem uma avaliação pelo médico perito do INSS. Mas surgem algumas situações que geram dúvidas. Por exemplo: é possível emitir um atestado com data retroativa?

Vamos a um caso prático: o paciente sofreu uma entorse de tornozelo em um domingo, jogando futebol no clube. Ele foi ao pronto-socorro, passou por radiografia, foi imobilizado e encaminhado para casa — mas esqueceu de pedir o atestado. No dia seguinte, segunda-feira, ele não tinha condições de trabalhar e retorna ao pronto-socorro, sendo atendido por outro médico.

Esse segundo médico pode emitir um atestado com data do domingo, declarando que o paciente estava inapto desde então? Isso seria permitido ou se configuraria como um ilícito?

A resposta é: se o médico que está de plantão na segunda também foi quem atendeu o paciente no domingo, ele pode emitir o atestado com data retroativa, pois presenciou e documentou a condição clínica naquele momento. Contudo, se ele não foi o médico responsável pelo atendimento anterior, mesmo havendo registro no prontuário, não deve emitir um atestado retroativo, pois não foi ele quem avaliou diretamente o paciente na data em questão.

A recomendação é que somente o médico que atendeu o paciente na data original da doença ou incapacidade emita o atestado retroativo, desde que tenha registrado adequadamente a condição clínica no prontuário.

Caso o médico atual deseje ajudar, ele pode orientar o paciente a entrar em contato com o profissional que realizou o atendimento inicial, ou com a administração da unidade, para solicitar a emissão do atestado correto.

É importante lembrar que o atestado médico é parte do ato médico e um direito do paciente. Sempre que emitido, o atestado deve ser registrado no prontuário, por exemplo: “Atestado médico para afastamento do trabalho por 15 dias, a pedido do paciente.”

Sobre o atestado médico falso, existem diferentes tipos. O primeiro é o totalmente falso: nome do médico inexistente, CRM falso e, além disso, quem emitiu o atestado nem é médico. Esse é um caso de polícia, e não do Conselho de Medicina, pois não envolve um profissional da medicina cometendo infração ética. Deve ser registrada ocorrência policial.

Outra situação é o atestado materialmente falso: por exemplo, um carimbo do médico foi roubado e utilizado por terceiros para preencher atestados — com assinatura falsificada. Nesses casos, o Conselho pode receber uma denúncia e solicitar ao médico que confirme se o atestado é verdadeiro ou não.

Aí existe um dilema, porque cabe ao Conselho de Classe investigar se um documento médico é lícito ou se está adequado. Portanto, há uma discussão sobre até que ponto podemos ou devemos nos posicionar. Se o atestado médico chega ao Conselho e o médico responsável está sendo questionado, ele pode — e deve — verificar se a assinatura é dele e se foi realmente ele quem emitiu aquele atestado.

Caso o documento não tenha sido emitido por ele, é necessário registrar um boletim de ocorrência. Atualmente, isso pode ser feito de forma eletrônica. Além disso, o médico deve comunicar imediatamente o desaparecimento do carimbo ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

Uma recomendação importante: utilizem apenas carimbos confeccionados pelo próprio CRM. Por quê? Porque o carimbo emitido pelo Conselho possui, além do número de registro do médico, um número de série específico. Ao comunicar o desaparecimento desse carimbo oficial, qualquer documento emitido com aquele número, a partir da data da notificação, deixa de ser de responsabilidade do médico. O CRM então emite um novo carimbo, com outra numeração, permitindo que o profissional continue emitindo documentos com segurança.

Além dos casos de roubo ou extravio do carimbo, existe outra situação delicada: o atestado médico verdadeiro que é fraudado por terceiros. Por exemplo, o médico emite um atestado de 8 dias, e o paciente altera o número para 18. O atestado original é verdadeiro, mas houve adulteração. Se o médico tomar conhecimento dessa alteração, cabe também a ele registrar a denúncia. Contudo, muitas vezes o médico nem fica sabendo que a fraude ocorreu.

Existe ainda um terceiro tipo, o mais grave: o atestado ideologicamente falso. Nesse caso, o médico é real, registrado no CRM; o carimbo é legítimo; a assinatura

e a letra são dele — mas o conteúdo do atestado não corresponde à verdade dos fatos. Esse tipo de conduta, sim, exige investigação ética pelo Conselho de Medicina.

Um exemplo comum: um parente do médico, às vésperas de um feriado, pede um atestado com uma CID de lombalgia, para justificar uma falta no trabalho. Quando esse tipo de atestado, especialmente os de apenas um dia, chega ao setor de Recursos Humanos de uma empresa, pode levantar suspeitas. Algumas empresas acabam denunciando por possível infração ética.

O Conselho, então, abre uma sindicância, identifica o médico responsável e solicita esclarecimentos, incluindo o envio do prontuário correspondente ao atendimento que motivou a emissão daquele atestado. É uma situação delicada. Muitos médicos se colocam em risco por não conseguirem dizer “não” a um parente ou amigo.

Em Minas Gerais, por exemplo, já houve casos de cassação do registro profissional de médicos por emissão sistemática e intencional de atestados falsos. Profissionais que vendiam atestados com regularidade foram denunciados repetidamente e acabaram sendo penalizados de forma progressiva, sendo uma sigilosa, seguida de uma pública e depois afastamento.

As penalidades por infrações éticas relacionadas à emissão de atestados médicos falsos seguem uma escala: iniciam com advertência sigilosa, podem evoluir para censura pública, suspensão temporária do exercício profissional e, em casos mais graves e reincidentes, podem chegar à cassação do registro médico — medida que deve ser homologada pelo Conselho Federal de Medicina. Nesse ponto, entra a atuação do Dr. Leonardo como Conselheiro Federal, participando do julgamento da instância recursal em Brasília, para decidir se a cassação será mantida ou convertida, por exemplo, em suspensão temporária por 30 dias.

Atestados médicos falsos também geram repercussões jurídicas em outras esferas. No âmbito ético, o artigo 80 do Código de Ética Médica veda expressamente a oveda expressamente ao médico a expedição de documentos sem ter praticado o ato profissional que os justifique, ou que sejam tendenciosos, ou ainda que não correspondam à verdade.

No âmbito penal, o Código Penal estabelece que a emissão de atestado falso por médico, no exercício estabelece que a emissão de atestado falso por médico, no exercício de sua função, pode gerar pena de detenção de um mês a um ano. Se houver intuito de lucro, também se aplica multa.

Já o Código Civil, em seu artigo 299, prevê pena de reclusão de 1 a 5 anos, além de multa, caso o documento falso seja público; e reclusão de 1 a 3 anos com multa, se o documento for particular. Emitir com multa, se o documento for particular. Emitir um documento público falso, portanto, é juridicamente mais grave do que forjar um documento privado.

Em relação ao atestado médico, a principal recomendação é: não emitir atestados “para devidos fins” — a principal mensagem dessa aula. Essa prática abre margem para usos indevidos e compromete o controle sobre a finalidade do documento. Guardar essa orientação já é, por si só, um avanço.

Muitos pacientes confundem atestado médico com declaração de comparecimento. Frequentemente solicitam um “atestado de comparecimento”, quando, na

verdade, o correto é a emissão de uma declaração, que tem natureza administrativa, e não necessariamente médica. Ela pode ser emitida pelo médico, mas também por um funcionário da unidade de saúde, ou mesmo por um sistema eletrônico que registre horário de entrada e saída.

A declaração deve conter o horário de chegada e o horário de saída, e não períodos vagos como “manhã” ou “tarde”. Essa precisão evita que o documento seja mal utilizado, por exemplo, como álibi em investigações criminais.

Embora haja desconforto em contrariar o paciente, é dever do profissional manter a retidão. Explicar ao paciente que a boa prática médica, conforme orientação dos Conselhos de Medicina, exige precisão e responsabilidade na emissão desses documentos é essencial.

O relatório médico, por sua vez, é um documento técnico, detalhado, fundamentado e protegido pelo sigilo profissional. Deve ser fornecido apenas ao próprio paciente ou ao seu representante legal. Caso um familiar o solicite, é necessário comprovar sua legitimidade como responsável legal. Sem essa comprovação, o médico não pode entregar o documento, mesmo diante de insistência. Nesses dias, eu tive uma situação em que o pai do paciente chegou exigindo um relatório médico do filho, para o filho. Estava acamado, e eu só falei:

— Olha, eu não posso dar. O senhor tem um documento como representante legal dele?

— Não.

— Então, infelizmente eu não posso dar. Eu só posso entregar o relatório ao próprio paciente ou, se o senhor tiver um documento como representante legal.”

Por outro lado, ordens judiciais devem ser cumpridas. Se um juiz requisitar um relatório médico, o profissional é obrigado a fornecê-lo — sob pena de desobediência. Já autoridades policiais, como delegados, não têm esse poder legal automaticamente. Há divergência de opiniões em relação à autoridade a quem nós devemos entregar dados sensíveis, mas o entendimento dos Conselhos de Medicina é de que o médico não é obrigado a fornecer prontuário ou relatórios sem ordem judicial. A recomendação, nesses casos, é: mantenha o sigilo, comunique o Conselho Regional, a associação médica ou o sindicato. Se necessário, mesmo em caso de detenção indevida, o profissional será respaldado pelas entidades de classe — pois a prisão, nesse contexto, caracteriza abuso de autoridade.

Quanto à entrega de prontuário, jamais se entrega o original. Mesmo mediante ordem judicial, deve-se entregar apenas cópias. O prontuário original permanece sob guarda do médico responsável ou do diretor técnico da instituição. E, sim, é permitido cobrar pela reprodução, desde que com critérios de razoabilidade. Por exemplo, um paciente exige a cópia do prontuário dele, que tem mil páginas, porque foi um paciente que ficou no CTI muito tempo. Isso vai ter um custo administrativo, e esse custo pode ser cobrado.

Já o laudo médico tem natureza distinta do relatório, descrição mais detalhada. É mais objetivo e voltado para comunicação entre equipes médicas, especialmente em casos de transferência de pacientes. Deve conter dados relevantes, como exames

complementares e informações clínicas sensíveis, para que o profissional que receber o paciente tenha as condições necessárias de dar continuidade ao tratamento.

**Dr. Ildeu:** Não sei se preferem discutir um pouco sobre esse assunto, para depois a gente passar para o TERMO DE CONSENTIMENTO; deixo aberto para o nosso coordenador, doutor Leonardo decidir...

**Dr. Leonardo:** Ildeu, temos só uma pergunta no *chat*, que é relacionada ao carimbo, mas acho que a gente pode seguir, tranquilamente. As pessoas estão perguntando, pois a aula está muito boa. Como são aulas que têm conexão muito grande uma com a outra, podemos seguir falando gradativamente. Estou aprendendo muito.

### ***Encerramento da Primeira Parte***

**Dr. Ildeu:** Com isso, encerramos a primeira parte da apresentação sobre documentos médicos. Na próxima parte, serão aprofundadas outras modalidades e exigências documentais no exercício ético da medicina.

## **PARTE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### ***Introdução ao tema***

Nesse momento, Dr. Ildeu introduziu o tema do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Dr. Ildeu Almeida:** Essa segunda parte da aula tratará do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um documento que, apesar de parecer mais árido, é absolutamente essencial na prática médica contemporânea. Por isso, optei por abordar inicialmente os documentos médicos e deixar essa parte para o segundo momento da aula.

### ***O que é o TCLE?***

O TCLE é um documento médico, amparado pelo artigo 46 do Código de Ética Médica, que determina: “É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou do seu representante legal.”

**Dr. Ildeu:** Bom, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o artigo 46 do Código de Ética Médica, deve ser assinado pelo paciente ou seu representante legal antes da realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos mais complexos.

É comum que instituições de saúde, na tentativa de se resguardarem juridicamente, exijam termos de consentimento até mesmo para procedimentos simples, como retirada de pontos ou curativos. No entanto, a resolução pertinente afirma que não se deve burocratizar excessivamente a prática médica. Para procedimentos de baixo risco, o TCLE não é obrigatório. Já para intervenções com maior potencial de complicações, sua exigência é imprescindível.

O artigo 46 proíbe a realização de qualquer procedimento médico sem o consentimento prévio, esclarecido e formalizado. Em situações de risco iminente de vida, evidentemente, o médico pode e deve agir sem a formalização prévia do

termo. Já o artigo 59 reforça o dever de informar o paciente sobre diagnóstico, prognóstico e riscos do tratamento, exceto se tal comunicação representar risco à sua integridade.

Por exemplo, um paciente chega sozinho com o diagnóstico de um tumor maligno, registrado em exames solicitados por outro profissional. Em casos assim, especialmente quando há alto impacto emocional, pode ser prudente adiar a comunicação completa, sugerindo que o paciente retorne acompanhado. Essa conduta protege o paciente — e também o médico — evitando reações intempestivas em situações delicadas.

Historicamente, a medicina era centrada em um modelo paternalista, no qual o médico decidia sozinho. Hoje, esse modelo está superado. Com o avanço dos direitos do paciente, da bioética e da complexidade dos procedimentos, o TCLE passou a ser um instrumento legal obrigatório, que garante a participação ativa do paciente nas decisões sobre seu próprio cuidado.

## **1. CONTEXTO HISTÓRICO: DA MEDICINA PATERNALISTA À AUTONOMIA DO PACIENTE**

Na escola hipocrática da Grécia Antiga, predominava o paternalismo clínico:

- O médico era visto como autoridade absoluta,
- Tomava decisões de forma unilateral,
- E o paciente não participava do processo decisório.

Com o tempo, isso mudou profundamente. Hoje, o paciente tem o direito de:

- Ser informado,
- Esclarecer dúvidas,
- Concordar ou recusar tratamentos,
- E participar ativamente das decisões sobre sua saúde.

O termo deve ser mais do que um formulário: é uma demonstração de que o paciente compreendeu os riscos, benefícios e alternativas. Não apenas para procedimentos terapêuticos, mas também diagnósticos que envolvam riscos. Embora o consentimento possa ser verbal, a forma escrita é fortemente recomendada, com assinatura do paciente e de uma testemunha.

A palavra do médico possui presunção de veracidade por lei. Assim, se ele registra no prontuário que o paciente consentiu verbalmente, isso tem validade legal, salvo prova em contrário. No entanto, por cautela, recomenda-se o consentimento escrito.

O conteúdo do termo deve ser compreensível ao paciente. Termos técnicos, como “colecistectomia videolaparoscópica”, devem ser acompanhados por explicações simples: por exemplo, “remoção da vesícula por vídeo, com pequenos cortes na barriga”, explicando que poderá haver necessidade de cirurgia aberta. Termos técnicos isolados não têm valor legal se o paciente não os compreende.

Quando se trata de pesquisa com seres humanos, o termo é ainda mais exigente, pois o paciente será exposto a riscos desconhecidos. Nesse caso, o esclarecimento deve ser aprofundado e documentado com rigor.

A elaboração do termo deve ser clara, objetiva, justificar o procedimento, listar riscos com base em estatísticas e usar linguagem acessível. Embora existam modelos institucionais, o ideal é que cada especialidade tenha termos específicos para seus procedimentos mais comuns.

Por exemplo, a Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo desenvolveu modelos específicos para osteossíntese de úmero, lesão do manguito rotador, instabilidade do ombro e artroplastia, com base em estatísticas e literatura médica. Isso oferece proteção tanto para o paciente quanto para o profissional.

Se o termo não for formalizado por escrito por falta de tempo — por exemplo, em um atendimento de urgência — o médico deve registrar no prontuário que o paciente foi informado, que estava acompanhado, inclusive mencionando o nome da pessoa presente.

Isso é uma forma de se resguardar. Complicações acontecem, e é importante distinguir entre complicação médica e erro médico.

Complicação é um evento previsto e possível, mesmo quando o procedimento é bem indicado e bem executado. Já o erro médico ocorre quando há imperícia, imprudência ou negligência, conforme define o primeiro artigo do Código de Ética Médica.

Ao registrar e documentar as possíveis complicações no termo de consentimento, o médico se protege legalmente. Por isso, a elaboração cuidadosa do TCLE é tão fundamental quanto sua assinatura.

O Conselho Federal de Medicina chegou a detalhar até aspectos formais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por exemplo, o texto deve ser redigido em fonte mínima tamanho 12, considerando que o paciente pode ser idoso ou ter alguma dificuldade visual. Devem existir espaços em branco destinados a perguntas ou observações do paciente, e, após a assinatura, esses espaços precisam ser validados, para evitar rasuras ou preenchimentos indevidos posteriores. Sob o prisma da ética profissional, o CFM e os conselhos regionais têm que certificar que o paciente tenha recebido a informação completa e adequada.

Ao assinar o termo, o paciente ou seu representante legal assume a corresponsabilidade pela decisão de autorizar o procedimento descrito. Sob o ponto de vista ético, cabe ao médico assegurar que a informação prestada foi clara, completa e compreensível, além de registrar esse esclarecimento, ainda que resumidamente, no prontuário do paciente.

O termo, portanto, é um guia que auxilia o médico a exercer sua prática com o máximo de zelo, atenção e responsabilidade. Ao encerrar a apresentação, Dr. Ildeu agradeceu a oportunidade de tratar de dois temas centrais: documentos médicos e termo de consentimento, e abriu o espaço para perguntas.

**Dr. Leonardo:** Ildeu, excelente! Parabéns! Excelente a apresentação! Agradeceu a exposição, elogiando sua excelência e relevância e iniciou a interação com os participantes. A primeira pergunta abordou o procedimento para confeccionar o carimbo médico por meio do CRM.

**Dr. Ildeu:** Obrigado!

**Dr. Leonardo:** Tem uma pergunta: as pessoas estão querendo saber como pode ser feito, o que é necessário para confeccionar o carimbo no seu conselho de origem. O que ela precisa fazer?

**Dr. Ildeu:** Em cada Conselho Regional, há um setor responsável por pessoa física e jurídica. A solicitação do carimbo pode ser feita on-line, no site do CRM correspondente. Em Minas Gerais, por exemplo, basta acessar a área de serviços ao médico e seguir as instruções. Caso o profissional encontre dificuldade, pode entrar em contato telefônico, se identificar como médico e solicitar o carimbo, que ficará disponível para retirada.

Na sequência, foi perguntado como obter a assinatura eletrônica fornecida pelo CFM.

**Dr. Leonardo:** Ótimo! Aqui tem outra pergunta: Como a pessoa faz para conseguir essa assinatura eletrônica no seu CRM de hoje?

**Dr. Ildeu:** É muito simples. Basta acessar o site do Conselho Federal de Medicina, localizar a área destinada à assinatura eletrônica, cadastrar-se com os dados solicitados e seguir as instruções. Após o cadastro, o médico recebe uma senha via e-mail, vinculada ao aplicativo “Vidas”, por meio do qual é possível assinar digitalmente qualquer documento em PDF, inclusive atestados.

Em outra pergunta, uma aluna questionou o que fazer caso o paciente se recuse a assinar o termo de consentimento.

**Aluna:** Boa noite, obrigada por compartilhar tamanhos, conhecimentos. Gostaria de saber, em caso da negativa de o paciente em assinar o termo de consentimento esclarecido perante um procedimento, o que devemos fazer para nos resguardar? **Dr. Ildeu:** caso não seja um procedimento eletivo, você pode cancelar o procedimento e anotar no prontuário que o paciente não autorizou o procedimento, porque ao não assinar o termo ele não está te autorizando a fazer o procedimento. Cito aqui um exemplo muito comum, que é a situação envolvendo pacientes Testemunhas de Jeová. O paciente que é testemunha de Jeová não aceita receber sangue mesmo em procedimentos de alto risco

Nesses casos, há um impasse ético e jurídico: se o médico realizar a transfusão, poderá ser processado por desrespeitar a crença do paciente. Se não a realizar, e o paciente vier a óbito, pode responder por omissão de socorro. Eu tenho por princípio que, nesses casos, você não deve fazer o procedimento. Independentemente da forma de pensar do paciente. Isso aí já é uma opinião pessoal minha. Então, quando tenho um dilema filosófico em relação a um procedimento, prefiro evitar de fazê-lo. Vários outros colegas que são médicos e testemunhas de Jeová podem fazer. Entrei nessa seara da testemunha de Jeová como exemplo.

**Dr. Leonardo:** Eu acho que essa consideração é muito importante, de que o paciente tem direito de recusar, mas o médico também tem direito de não realizar o procedimento. Acho que se deve resguardar no termo de consentimento e não querer assinar de uma certa forma, mas deixa muito claro que houve algum problema na comunicação médico-paciente e que precisa ser um pouco mais aprimorada; nesse sentido é muito importante que nós tenhamos conhecimento. Por que você não quer assinar o termo de consentimento? Nesse sentido a discussão se faz muito necessária.

Não é só exame médico, mas do ponto de vista de relacionamento se constituir uma relação muito bem determinada médico-paciente, para que você possa intervir sobre um paciente se puder invadir um paciente; aí sim você tem o resultado almejado nesse sentido. Então eu acho que é sintomático o paciente não querer assinar um termo de consentimento livre esclarecido; é muito importante essa condição, acho que o Ildeu foi muito feliz nas suas colocações nesse sentido.

Na sequência, retomando o tema da assinatura eletrônica, Dr. Leonardo explicou que ela pode ser solicitada diretamente no portal do CRM digital, e representa um grande avanço, permitindo a prescrição de receitas — inclusive controladas — com validade em todo o território nacional.

**Dr. Leonardo:** Pode ser feito até através do nosso regional, do Goiás ou de Minas Gerais: você coloca o seu CRM, o portal vai pedir o e-mail, tudo como o Ildeu falou, portanto será registrada uma assinatura para que possa fazer certificação digital. Seguramente foi um grande avanço que o conselho fez. Através até da prescrição eletrônica, hoje a gente consegue fazer receitas, inclusive receitas controladas, em qualquer lugar que a gente está no Brasil com assinatura digital, com muita facilidade, com muita presteza aos nossos pacientes.

Estão agradecendo: “muito obrigado pela excelente abordagem”, tem várias considerações te parabenizando nesse sentido, da qualidade da sua apresentação, então eu queria que você me falasse uma coisa.

Foi então levantada uma dúvida frequente nas ouvidorias: quem deve preencher a declaração de óbito?

**Dr. Leonardo:** Às vezes há muita dúvida sobre o atestado de óbito nas nossas ouvidorias, quem deve preencher... “ah, eu estava de plantão, eu tenho que preencher o plantão e o médico assistente que operou não foi lá preencher o atestado de óbito, é obrigação do médico da UTI preencher o atestado de óbito?”, ou “não, ele não precisa preencher o atestado de óbito, ele tem que exigir que o médico vá lá fazer”. Isso a gente ouve muito na ouvidoria e pode gerar algum conflito nesse sentido de quem é o responsável para preencher o atestado, a declaração de óbito, na verdade?

**Dr. Ildeu:** A declaração de óbito ela pode ser preenchida por qualquer médico, na verdade e quando o paciente está dentro de uma unidade de saúde, dentro de um centro de terapia intensiva sendo atendido, assistido pelos médicos, aqueles que cuidaram daquele paciente que tem maior conhecimento sobre as condições clínicas do paciente, é que deve preencher esse atestado porque a declaração de óbito ela deve constar o motivo, a causa do óbito e isso vai ter implicações jurídicas, dependendo da causa do óbito algumas questões com relação a seguros podem trazer transtornos junto à família. Então alguns pacientes, por exemplo vou dar um exemplo, paciente que sofreu uma fratura o idoso, uma fratura em casa, uma fratura do colo do fêmur e ele foi operado recebeu alta, um mês depois, um mês e meio ele teve uma embolia pulmonar e morreu e aí a família pede que seja feito o preenchimento da declaração de óbito. Nos casos de morte suspeita ou morte violenta o médico não deve, não pode preencher a declaração de óbito. Esse paciente tem que ser submetido, encaminhado ao IML para ser feito um exame médico legal uma vez que pode ter havido algum fator que determinou a evolução para esse óbito então,

na morte suspeita ou na morte violenta e aí tem os critérios de morte suspeita e morte violenta que devem ser preenchidos para você se negar a preencher uma declaração de óbito. Mas como regra geral, a equipe que estava tratando aquele paciente ou o médico daquele paciente, que às vezes é um médico da família, que acompanhou o caso durante muito tempo, ele pode preencher a declaração de óbito, a declaração de óbito tem os itens em relação às causas a causa mortes que vão ser elencadas um, dois e três às vezes é mais de uma causa ou uma levando a outra, então saber preencher, existe um manual do preenchimento da declaração de óbito esse manual está disponível para vocês também nos conselhos de medicina e deve, devem ficar dentro dos centros de terapia intensiva dentro das unidades de maior complexidade hospitalar porque é muito frequente o preenchimento dessa declaração de óbito e muitas vezes inclusive não se sabe aonde que vai pegar o formulário para preencher a declaração de óbito que quando você está no interior ou está em uma cidade que não tem uma unidade de saúde complexa que tenha o formulário, você tem que se dirigir à secretaria ou municipal ou estadual de saúde para pegar o formulário padrão para preenchimento dessa declaração.

**Dr. Leonardo:** Perfeito, excelente, acho que essas considerações são importantes, são coisas que a gente vê muito na ouvidoria, né? estão perguntando “quando o paciente é enterrado sem declaração de óbito, como devo proceder?”

**Dr. Ildeu:** Normalmente o paciente não consegue ser enterrado sem declaração de óbito que é um documento que é exigido antes de ocorrer o sepultamento. Então, se isso aconteceu isso vai criar uma questão aí muito séria jurídica, porque você enterrar, fazer o sepultamento de um corpo sem saber a causa mortis, opa acabou a luz aqui desculpa gente, tá uma chuva muito forte aqui em Belo Horizonte, minha imagem vai sumir. Então, se o paciente foi sepultado sem que se conheça a causa mortis, provavelmente vai ocorrer exumação do corpo para essa investigação, a não ser que apareça essa declaração de óbito dada com data anterior ao sepultamento e ela pode ser considerada pela autoridade que vai investigar as condições desse sepultamento e pode até exigir uma exumação do corpo para um exame médico legal.

**Dr. Leonardo:** Essa é uma condição importante porque não vai, a primeira coisa que se pede é a declaração de óbito do paciente para poder dar início a todo o processo de sepultamento então não tem como até pelo risco mesmo de se sepultar uma pessoa que não é ela, está imputando uma pessoa nesse sentido no contexto geral e até mesmo para encobrir um crime eventualmente que tenha acontecido nesse sentido.

**Dr. Ildeu:** Pode ser considerada ocultação de cadáver.

**Dr. Leonardo:** Exatamente. Algum dos senhores e senhoras têm alguma pergunta? Por favor, podem encaminhar no chat ou fazer perguntas pessoalmente. Não tendo, eu vou passar aqui já a palavra para o Ildeu fazer suas considerações finais, nós vamos encerrar, lembrando que essa aula fantástica, Ildeu, você deu um show foi muito mais do que a gente precisava você falou tudo que a gente precisava aqui ouvir, eu acho que vai ficar gravado, essa aula vai ser de grande importância, essa aula vai ser uma referência nossa da ouvidoria, até para quando a gente tiver alguns questionamentos sobre esse sentido, então todo mundo aqui te parabenizando aqui no chat,

te dando os parabéns sempre a gente vai usar uma referência dessa aula sua para a ouvidoria. Então eu queria que você fizesse as suas considerações para a gente poder encerrar e lembrando que o Ildeu vai voltar, ele vai falar ainda sobre lei geral de proteção de dados e talvez eu vou encher o saco dele ainda mais por isso[haha].

**Dr. Ildeu:** [haha] Eu quero agradecer ao doutor Leonardo, que é uma referência para nós no Conselho Federal de Medicina e dizer que como conselheiro, eu me sinto mais do que no dever transmitir um pouco daquilo que o Conselho, que é uma escola tem nos permitido aprender a cada dia. Vocês tendo a oportunidade de participar do Conselho de Medicina eu sugiro fortemente, eu me identifiquei dentro do Conselho, o Conselho é uma escola, nós aprendemos todos os dias e aí, isso é um pouco do que eu tenho aprendido com os meus colegas mais velhos, e estou tentando aqui passar para vocês, é claro que a gente tem muitas dúvidas, algumas perguntas, nós não vamos ter respostas mas dentro daquilo que a gente tem aprendido, foi o que eu pude transmitir para vocês, eu tentei fazer o melhor mesmo, muito obrigado.

**Dr. Leonardo:** Muito obrigado a todos, Ildeu, forte abraço! Vou mandar uma mensagem para a próxima apresentação em que falaremos sobre relação médica com hospital: **“Como podemos reduzir os conflitos entre o médico e o hospital?”** incluindo toda a direção do hospital, a parte de pagamento, de recebimento, de trabalho médico, da assistência que é dada. Convidamos um representante da Associação Brasileira dos Hospitais, advogado Gustavo que falará sobre a responsabilidade médica e dos donos de hospitais, dos diretores de hospital, no sentido de minimizar conflitos Todos serão bem-vindos na próxima terça-feira às 19h. Ildeu, fica com Deus, muito obrigado, boa noite a todos, cuidem da saúde, obrigado

**Dr. Ildeu:** Obrigado, boa noite.

Dr Ildeu esclareceu que qualquer médico pode preencher a declaração quando o paciente está internado ou sob cuidados médicos em unidade de saúde. A responsabilidade recai sobre o médico que acompanhou o caso ou que conhece as condições clínicas do paciente. A causa do óbito precisa ser descrita de forma adequada, pois pode ter implicações jurídicas, inclusive em casos de seguro.

Ele ressaltou que, em mortes suspeitas ou violentas, o médico não deve preencher a declaração de óbito. Nesses casos, o corpo deve ser encaminhado ao IML, pois pode ter havido circunstâncias que exigem investigação. Existe um manual oficial para o preenchimento da declaração de óbito, que deve estar disponível nas unidades hospitalares, especialmente nas UTIs. Em cidades menores, o médico deve procurar a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde para obter o formulário.

Em caso de sepultamento sem declaração de óbito, como questionado por um participante, Dr. Ildeu explicou que isso é ilegal. A declaração é documento obrigatório para iniciar o processo de sepultamento. Caso isso ocorra, pode haver abertura de investigação judicial, com possível exumação do corpo. Tal situação pode ser interpretada como ocultação de cadáver, especialmente se houver intenção de encobrir um crime.

Dr. Leonardo concluiu reforçando a importância do tema e agradecendo ao Dr. Ildeu pela aula, considerada uma das melhores do curso. Ele informou que a aula

ficará gravada e será referência para o setor de ouvidoria. Também anunciou a próxima aula, sobre a relação médico-hospitalar, destacando a presença de um representante da Associação Brasileira de Hospitais, o advogado Gustavo, que discutirá aspectos jurídicos, administrativos e éticos dessa relação.

**Dr. Leonardo:** Muito obrigado a todos! Vou mandar uma mensagem para a próxima data da nossa aula e, na próxima apresentação, semana que vem, vamos falar sobre relação médica com hospital, então nós vamos falar sobre “como podemos reduzir os conflitos entre o médico e o hospital”.

Dr. Ildeu finalizou agradecendo a oportunidade e reafirmando seu compromisso com a missão formativa do Conselho de Medicina. Compartilhou sua experiência no conselho como fonte de aprendizado contínuo e expressou o desejo de retribuir o conhecimento adquirido, destacando que muitas respostas ainda estão em construção, mas o compromisso com a ética e a boa prática médica deve ser permanente.

**Dr. Ildeu:** Vocês têm a oportunidade de participar do Conselho de Medicina, eu sugiro fortemente. Eu me identifiquei dentro do Conselho, que é uma escola, nós aprendemos todos os dias; isso é um pouco do que eu tenho aprendido com os meus colegas mais velhos e estou tentando passar para vocês. É claro que temos muitas dúvidas, algumas perguntas, nós não temos todas as respostas, mas, dentro daquilo que temos aprendido, pude transmitir para vocês, fazendo o melhor mesmo, muito obrigado. Obrigado, boa noite!

### **Encerramento da Aula**

Dr. Leonardo agradeceu ao público e reforçou que a aula será referência interna no CREMEGO, especialmente na ouvidoria médica, para orientação e esclarecimento de dúvidas frequentes e Dr. Ildeu encerra com uma fala inspiradora:

*“O Conselho é uma escola. Nós aprendemos todos os dias. E é nosso dever compartilhar esse conhecimento com ética, responsabilidade e humildade.”*

Ele reforça a importância de médicos participarem ativamente das atividades dos Conselhos, tanto por aprendizado quanto por contribuição à classe.

### **INFORMES FINAIS**

Ao final desta apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de enviar perguntas e comentários por meio do *chat* ao vivo, promovendo uma discussão enriquecedora sobre o tema. Esta aula, assim como as demais do programa, está disponível no canal oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás no *YouTube*, podendo ser consultada a qualquer momento para aprofundamento ou revisão do conteúdo; ver a aula íntegra através do link informado na abertura do capítulo.

No próximo capítulo, abordaremos o tema: **[A relação médico-hospitalar: como atingir a conformidade ética bilateral?]**.

# [A Relação Médico-hospitalar: Como atingir a conformidade Ética Bilateral?]

Moderador: Dr. Leonardo Emílio

Ministrantes: Dr. Gustavo Fernandes Pereira

Debatedor: Dr. Robson Azevedo

Data: 30 de janeiro de 2023

Local: Goiânia – GO

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=1hNNUnvsMSQ&t=16s>

Esta aula foi ministrada em 23 de janeiro de 2023, durante o Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. O tema abordado neste encontro foi *A Relação Médico-hospitalar* com apresentação do Dr. Leonardo Emílio [diretor científico do CREMEGO] e Dr. Ildeu Almeida (CRM/MC 26028).

A seguir, apresentamos a transcrição adaptada e revisada da aula, com ajustes para maior clareza e fluidez, mantendo a fidelidade ao conteúdo original.





## [A RELAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR: COMO ATINGIR A CONFORMIDADE ÉTICA ILATERAL?]

Chegamos à **terceira aula** do curso.

Mais uma vez, boa noite!

Pronto! Para quem quiser assistir depois, lembro que ficará disponível no canal para visualização posterior. Os participantes poderão enviar dúvidas pelo chat, mesmo após o encerramento da transmissão, com garantia de retorno das respostas por parte do ministrante.

### INTRODUÇÃO

O moderador Dr. Leonardo deu início à aula com a apresentação do currículo do Dr. Gustavo Fernandes Pereira... destacando sua ampla formação acadêmica e experiência prática nas áreas de direito médico, compliance e gestão hospitalar.

**Dr. Leonardo:** Acho que já podemos começar, são 19 horas, estamos sendo pontuais, até para respeitar o seu tempo, Gustavo, porque, na verdade, você dispôs desse tempo tão precioso. Quero já apresentar aqui, mostrando o seu currículo.

**Dr. Robson, Dr. Gustavo:** Sim!

**Dr. Leonardo:** Perfeito. O Dr. Gustavo Fernandes Pereira, que esteve no Conselho Federal de Medicina durante a apresentação no Fórum de Ortopedia, é graduado em Direito pela Faculdade de Medicina da USP, mestre em Gestão da Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP), especialista em Compliance pelo Instituto de Direito Penal Econômico (IDPE) de Coimbra, além de possuir MBA em Gestão de Saúde da FAA (USP) e pós-graduado em Direito Constitucional pela Escola Superior de Direito Constitucional da USP.

Atualmente, é Diretor Jurídico em *Compliance* e membro do Comitê de Conduta do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. É também Coordenador do Grupo de Trabalho em Compliance da ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados), membro da Comissão de Direito Médico da OAB/SP e Coordenador de Compliance da Comissão além de professor da disciplina de Legislação, Regulação, Judicialização e Saúde no Mestrado Profissional em Gestão para Competitividade em Linha de Saúde da FGV/SP.

Segundo o moderador, a escolha de Dr. Gustavo para esta aula se deu por sua reconhecida capacidade técnica e por sua atuação destacada em fóruns nacionais voltados à ética e à governança nas instituições de saúde.

**Dr. Leonardo:** O tema da apresentação tem como objetivo central discutir estratégias para mitigar, reduzir conflitos entre médicos e hospitais, buscando estabelecer uma conformidade ética bilateral. A proposta é refletir sobre responsabilidades compartilhadas no sentido de estar em conformidade, de ambas as partes, bilateralmente, tanto a parte do hospital como a parte do médico. Com isso, vou passar a palavra para o Dr. Gustavo.

### *Participação do Dr. Robson Azevedo*

**Dr. Gustavo:** Boa noite.

Antes do início da apresentação, Dr. Leonardo fez uma breve saudação, apresentando o debatedor convidado, Dr. Robson Azevedo, destacando sua atuação como ortopedista e defensor ativo da boa prática médica, tanto no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás quanto no Sindicato dos Médicos:

**Dr. Leonardo:** Dr. Robson é um grande defensor da classe médica e das boas práticas; atua fortemente aqui no Conselho Regional de Medicina Estadual de Goiás e, também, junto ao Sindicato dos Médicos, defendendo a causa médica, principalmente com respeito à defesa de causas até trabalhistas no sindicato.

Dr. Robson, seja muito bem-vindo, uma boa noite; prazer enorme estar aqui com o senhor, ao seu lado. Muito obrigado. É uma honra tê-lo conosco nesta aula.

**Dr. Robson:** Muito obrigado, Zanin, agradeceu a acolhida e deu as boas-vindas ao palestrante. “Boa noite a todos. Gustavo, você é o nosso convidado, fique à vontade. É um prazer tê-lo aqui conosco”.

**Dr. Gustavo:** Obrigado! agradeceu o convite e destacou que, embora não participe com frequência de videoaulas desde o período da pandemia, sente-se motivado pelo tema proposto e pelo formato do encontro.

Não há objeção que façam perguntas durante a apresentação, tanto durante quanto ao final da apresentação; meu único pedido é sejam mediadas pelos organizadores, pois não consigo acompanhar, por estar com a apresentação em tela (e as telas ficam minimizadas); assim, não conseguiria visualizar as interações diretamente, ou quando alguém levanta a mão... Fiquem à vontade para perguntar quando surgir a dúvida, como o Dr. Leonardo comentou, no momento em que a dúvida surgir ou ao final, a gente abre para um painel.

Ele apontou que o tema da aula, embora aparente simplicidade — a relação entre médicos e hospitais —, envolve nuances delicadas, justamente por se tratar de uma relação complexa na prática. Em suas palavras:

**Dr. Gustavo:** “O tema é simples. E são exatamente esses temas simples que se tornam complexos, porque tendemos a complicar aquilo que deveria ser direto.”

**Dr. Gustavo:** Ao falar sobre as interações médico-hospital ou hospital-médico podem surgir dúvidas, mas podemos abordar em linhas gerais e ao longo da apresentação se alguém quiser perguntar especificamente sobre determinado modelo hospitalar e eu puder auxiliar, fiquem à vontade...

Caso tenham dúvidas podem ser encaminhadas pelo Conselho, mas ao final da apresentação, deixo meu e-mail e telefone para eventuais perguntas, pois não faço objeção.

Após esse momento introdutório, ele iniciou o compartilhamento da apresentação. Ao confirmar que todos conseguiam visualizar os slides corretamente, reafirmou sua disposição.

**Dr. Gustavo:** Vocês conseguem enxergar?

**Dr. Leonardo:** Sim, perfeito. Está ótimo. Está em modo de apresentação?

**Dr. Robson:** Sim, está tudo bom. Perfeito.

**Dr. Gustavo:** Ótimo. Mais uma vez, muito obrigado, Dr. Leonardo, Dr. Robson. Vai ser um prazer debater com os senhores e com os colegas que nos acompanham.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO: O CENÁRIO ATUAL DA SAÚDE E SEUS DESAFIOS

Dando início à sua fala, o Dr. Gustavo Fernandes Pereira destacou o enfoque da aula: a busca pela conformidade ética bilateral na relação médico-hospitalar.

**Dr. Gustavo:** Para abordar esse tema, busquei reunir os principais preceitos técnicos e éticos que devem guiar a prática tanto dos hospitais quanto dos médicos. O foco maior será na perspectiva hospitalar, já que vocês, médicos, conhecem amplamente as diretrizes da profissão, tendo realizado seus juramentos e seguido o Código de Ética Médica, que é bastante claro em suas normas.

Minha apresentação já foi introduzida pelo Dr. Leonardo, então não irei repetir pontos já discutidos. Antes de entrar nos preceitos propriamente ditos, é essencial compreendermos o momento atual e os desafios que impactam tanto a prática médica quanto a gestão hospitalar. O contexto em que estamos inseridos impõe novas reflexões sobre a ética, exigindo que adaptemos sua aplicação às mudanças da sociedade, às resoluções do conselho e às políticas hospitalares, que seguem normas e diretrizes em constante evolução.

Antes de abordar diretamente esses preceitos, o expositor propôs uma análise do contexto contemporâneo da saúde, ressaltando os desafios enfrentados por todos os envolvidos no sistema — médicos, hospitais, gestores e pacientes — e o impacto desse cenário sobre a prática ética.

**Dr. Gustavo:** Nos últimos anos, observamos um crescimento das parcerias público-privadas, uma forte consolidação no mercado e maior integração na cadeia de saúde, buscando ganhos de escala e ampliação do acesso. No contexto da governança, vivemos um período de instabilidade política, não necessariamente atribuída a um nível específico do governo, mas resultado da falta de avaliação das políticas públicas como políticas de Estado. Isso representa um desafio adicional para um país de dimensões continentais como o Brasil.

Por outro lado, há uma sofisticação no monitoramento de riscos, abrangendo todos os agentes da cadeia de saúde. No entanto, os padrões de regulação médica ainda são limitados, o que aumenta a dependência de médicos e especialistas para autorizações de procedimentos. A tecnologia é o setor que mais cresce, muda e se torna relevante na discussão ética. O avanço das inovações acontece de forma exponencial, em um momento em que nós não temos sistemas integrados de informação.

A análise de dados tem se expandido significativamente, otimizando processos, diagnósticos e decisões de tratamento, além de atuar como ferramenta de controle

na gestão de saúde. Os dados ganharam enorme relevância, sendo buscados de diversas formas, incluindo algumas que não deveriam ocorrer. Essa transformação acompanha a crescente adoção de soluções em nuvem (*cloud solutions*). Recentemente, foi anunciado o desenvolvimento de um *chip* por uma empresa americana, projetado para ser implantado no cérebro humano. Seu objetivo é permitir que indivíduos comuniquem suas ondas elétricas cerebrais para controlar dispositivos apenas com o pensamento.

Embora essa tecnologia tenha potencial nobre, como auxiliar na recuperação de traumas em medula e coluna, a utilização de chips também pode ser utilizada para outras finalidades; há um desafio muito grande por trás de tudo isso, inclusive de regulação levantando desafios regulatórios.

Além disso, há um aumento na demanda por valor na saúde, acompanhado pelo crescimento dos custos. A incorporação de novas tecnologias, como órteses, próteses e materiais especiais, impacta diretamente os gastos, exigindo um equilíbrio entre inovação e viabilidade econômica.

O campo da tecnologia é, nas palavras do palestrante, o que mais avança, transforma e impacta a prática médica. Resumindo, entre os pontos destacados:

- A ausência de sistemas de informação integrados no país;
- A ampliação do uso de dados para otimização de diagnósticos, condutas e decisões clínicas;
- A transformação dos processos por meio de soluções em nuvem (*cloud solutions*) e ferramentas baseadas em inteligência artificial;
- O desenvolvimento de tecnologias de ponta, como o chip cerebral recentemente divulgado por uma empresa norte-americana, destinado a recuperar funções motoras por meio de impulsos cerebrais.

**Dr. Gustavo:** Percebemos que o uso excessivo de serviços médicos e a prescrição de medicamentos, somados ao envelhecimento da população e ao aumento de doenças crônicas, têm impulsionado a judicialização da saúde. Muitos desses desafios estão interligados e exigem soluções eficazes para o futuro. Hoje, vemos esforços do Ministério da Saúde e do SUS para integrar sistemas de informação, como ocorreu com sucesso durante a pandemia. Na época, ao receber a vacina, o registro já constava no dispositivo móvel ou computador do indivíduo no dia seguinte.

A integração do prontuário médico também visa reduzir custos. Não é incomum que um paciente passe pelo pronto-atendimento de um hospital, seja avaliado e faça exames, e, poucos dias depois, busque outro hospital privado por não sentir melhora, repetindo os mesmos exames sem necessidade. O mesmo acontece no sistema público, com pacientes alternando entre UPAs e hospitais, o que gera custos desnecessários.

Todos esses avanços geram custos crescentes — seja pelo uso de novas tecnologias, seja pela utilização intensiva de órteses, próteses e materiais especiais.

### FATORES QUE AGRAVAM ESSE CENÁRIO:

- Um uso excessivo de serviços médicos e prescrição de medicamentos;
- O envelhecimento populacional;
- O crescimento de doenças crônicas;
- O aumento exponencial da judicialização da saúde.

**Dr. Gustavo:** O aumento dos gastos na saúde é um desafio crescente para médicos e hospitais. Quando pensamos no hospital como a instituição onde o médico atua, seja prestando serviços a seus pacientes em procedimentos cirúrgicos ou exercendo funções como contratado — de forma direta, indireta, celetista ou terceirizada — percebemos sua complexidade. Não afirmo que o hospital seja o elo mais importante da cadeia de saúde, mas é, sem dúvida, um dos poucos pontos do sistema onde todos os agentes convergem. É nele que se materializam os desafios, as demandas e a atuação conjunta de diversos profissionais, tornando-se um centro fundamental na dinâmica do setor.

## 2. A COMPLEXIDADE DA ESTRUTURA HOSPITALAR E OS DESAFIOS DA CONFORMIDADE ÉTICA

Dando continuidade à sua apresentação, o Dr. Gustavo Fernandes destacou que todos os cenários discutidos anteriormente — avanços tecnológicos, aumento de custos, envelhecimento populacional, judicialização e pressão regulatória — geram uma crescente demanda por recursos e impõem desafios constantes tanto aos hospitais quanto aos médicos. Nessa perspectiva, o hospital se configura como o ponto de convergência, como espaço de confluência e regulação de todos os atores do sistema de saúde. Essa complexa conjuntura impõe ao hospital um padrão mínimo de conformidade, regulado internamente por sua própria governança.

Dr. Gustavo ilustrou esse cenário com um exemplo prático: poucas horas antes da aula, ele estava no hospital.

**Dr. Gustavo:** Agora já passou das 19 horas, mas há duas horas, enquanto eu trabalhava no hospital, provavelmente havia órgãos reguladores e fiscalizadores circulando por aqui. Isso é comum, pois as instituições precisam de licenças e certificações. Ao mesmo tempo, a indústria farmacêutica está presente, já que somos um hospital voltado para pesquisa, além das empresas que produzem componentes, órteses, próteses e materiais especiais. Também temos um corpo clínico aberto, com médicos cadastrados, médicos prestadores de serviços e contratados. Junto a isso, lidamos com pacientes, clientes, órgãos governamentais e gestores da governança, tudo enquanto enfrentamos a reestruturação do mercado. As operadoras de saúde estão aqui, mas também avaliam seus hospitais e novas aquisições; essa conjuntura toda impõe ao hospital um padrão mínimo de conformidade, e esse padrão é regulado em cada hospital através da sua própria governança.

Resumindo: tudo isso dentro do mesmo ambiente, onde atuam simultaneamente:

- Representantes da indústria farmacêutica e fornecedores de materiais cirúrgicos;
- Médicos com diferentes vínculos (corpo clínico aberto, médicos celetistas, prestadores terceirizados);
- Pacientes e acompanhantes;
- Fiscalizadores de órgãos públicos;
- Representantes de operadoras de saúde em auditorias e análises de custos.

### ***O Poder da Decisão Médica e a Responsabilidade Ética***

Nesse contexto, o palestrante destacou um ponto central: a decisão médica tem um peso extraordinário dentro da estrutura institucional. O médico, por prerrogativa legal e formação técnica, possui poder de decisão que pode influenciar diretamente o equilíbrio da instituição:

*“A decisão médica deve estar embasada no mais elevado padrão ético, porque ela tem o potencial de desestabilizar todo o funcionamento hospitalar. Essa decisão, porém, deve sempre buscar a beneficência — fazer o melhor para o paciente — mesmo que isso não corresponda ao desejo imediato do próprio paciente.”*

**Dr. Gustavo:** A profissão médica e a atuação hospitalar estão inseridas em um ambiente altamente regulamentado, com legislações e normas que orientam suas atividades. Agências reguladoras federais, como a ANS, Anvisa e o Ministério da Saúde, junto aos conselhos profissionais, estabelecem bases normativas para a prática médica, incluindo o Código de Ética Médica e as resoluções dos conselhos federal e regionais.

As implicações éticas dessa relação são fundamentais e não podem ser subestimadas. Por isso, é essencial um sistema de integridade que imponha padrões elevados, respeitando as diretrizes do Código de Ética Médica e normas regulatórias, como as resoluções da ANS. Mesmo que cada instituição tenha seu regimento clínico, programa de integridade, compliance e comissão de ética, existem diretrizes mínimas obrigatórias que devem ser seguidas, além das regulamentações internas que cada organização decide adotar.

Além disso, a legislação que rege o exercício da medicina confere ao profissional poderes decisórios extraordinários, capazes de impactar diretamente o equilíbrio das forças no setor de saúde. Por isso, a decisão médica deve ser pautada pelo mais alto padrão ético, priorizando sempre a beneficência ao paciente. Fazer o melhor para o paciente nem sempre significa atender exatamente aos seus desejos, mas sim agir dentro dos princípios da medicina, garantindo um cuidado responsável e equilibrado.

### ***A Conformidade Ética Bilateral***

**Dr. Gustavo:** A conformidade ética entre médicos e hospitais deve garantir o cumprimento de leis, regulamentos e padrões profissionais, promovendo práticas

que assegurem qualidade e segurança nos serviços de saúde. Isso envolve a implementação de protocolos de segurança, controle de infecções, gestão de risco, monitoramento de eventos adversos e adoção de padrões de excelência clínica, sempre com o objetivo de melhorar a experiência do paciente e reduzir falhas médicas.

#### A TÃO BUSCADA CONFORMIDADE ÉTICA BILATERAL ENTRE MÉDICO E HOSPITAL SÓ SE CONCRETIZA MEDIANTE:

- O cumprimento conjunto de leis, normas, diretrizes éticas e padrões profissionais;
- A adoção de boas práticas institucionais, incluindo protocolos de segurança, controle de infecções, gestão de riscos e monitoramento de eventos adversos;
- A implementação de programas de qualidade e protocolos assistenciais que envolvam o corpo clínico.

**Dr. Gustavo:** Nesse ponto percebemos que a qualidade, a integridade e a governança hospitalar envolvem diversos aspectos, como programas internos, diretoria clínica e regimentos do corpo clínico. Cada instituição tem uma estrutura normativa distinta, variando conforme seu porte e modelo de gestão. Atualmente, quando falamos que no Brasil existem aproximadamente 7 mil hospitais — 4 mil privados e 3 mil públicos — sabemos que temos hospitais com perfis variados. Dados do Ministério da Saúde mostram que nas regiões Norte e Nordeste predominam hospitais com menor número de leitos, enquanto nas regiões Sul e Sudeste há uma concentração maior de unidades com maior capacidade. Cada hospital, conforme sua estrutura, desenvolve programas internos ajustados à sua realidade.

- **Regiões Norte e Nordeste** concentram hospitais menores, com menor número de leitos.
- **Regiões Sudeste e Sul** apresentam hospitais maiores e mais estruturados.

### 3. O PAPEL DO COMPLIANCE NA RELAÇÃO MÉDICO-HOSPITAL

Durante sua exposição, o Dr. Gustavo Fernandes Pereira, como membro ANAHP, compartilhou a experiência da entidade no apoio à construção de programas de integridade hospitalar.

**Dr. Gustavo:** Como integrante da ANAP (Associação Nacional dos Hospitais Privados), com cerca de 123 hospitais associados em todo o território nacional, participo de iniciativas que apoiam hospitais na construção de programas de integridade robustos, apoiando não só à instituição, mas também aos profissionais médicos que atuam nela.

O conjunto de normativos hospitalares tem como princípio fundamental fortalecer a relação de confiança entre médico e paciente, essencial para um cuidado eficaz. Embora possa parecer óbvio, é importante reforçar que não há hospital sem médicos,

e o interesse de ambas as partes deve ser o mesmo: proporcionar a melhor experiência e qualidade no tratamento ao paciente.

A medicina não é uma ciência de resultados absolutos — nenhum médico pode garantir a cura de um paciente — mas hospital e médico atuam juntos para oferecer o melhor tratamento possível para cada condição. Quando há uma estrutura mais elaborada, inevitavelmente surge a necessidade de um programa de compliance. Hoje, até mesmo para parcerias público-privadas em organizações sociais, discute-se a exigência de que a instituição tenha um programa de compliance bem definido.

### **Compliance como Pilar Ético nas Instituições**

✓ **Dr. Gustavo apontou que, em estruturas hospitalares mais bem organizadas, o conceito de *compliance* já é amplamente reconhecido e, muitas vezes, exigido por lei.**

**Dr. Gustavo:** Em muitos estados, já é comum a exigência de um programa de compliance para contratações pelo Estado, sob pena de invalidação do contrato. Isso não se aplica apenas às parcerias com organizações sociais (OS), mas também às contratações diretas. Falar em compliance na saúde é falar em conformidade. E conformidade é um conceito natural e essencial na atuação médica: conformidade com protocolos clínicos, com diretrizes terapêuticas, com padrões assistenciais. Vocês — como médicos — desenvolveram sua profissão buscando o mais alto nível de exigência técnica e moral.

Para a área médica, esse conceito é facilmente compreendido, pois a profissão se desenvolveu com foco na conformidade, sempre buscando os mais altos padrões de qualidade nos serviços e o cumprimento rigoroso de normas e políticas.

Os profissionais médicos estão naturalmente familiarizados com protocolos e práticas assistenciais que exigem conformidade. Assim, um programa de compliance na saúde tem como principal objetivo assegurar que essa conformidade seja mantida e aprimorada dentro das instituições.

### **Compliance x Qualidade: Compliance como Estrutura de Governança**

**Dr. Gustavo:** Quando falo sobre compliance na área da saúde, gosto de compará-lo ao programa de qualidade, mais familiar aos profissionais do setor. Ambos partem do princípio de que devem ser impulsionados pela alta liderança, exigindo comprometimento e apoio efetivo. Além disso, a cultura justa deve ser observada e aplicada em todos os aspectos.

✓ **Dr. Gustavo comparou o programa de compliance ao programa de qualidade assistencial — mais conhecido pelos profissionais de saúde. Ambos exigem:**

- Comprometimento da alta liderança institucional;
- Cultura justa, que reconhece falhas e promove aprendizado;
- Estruturação de normas e processos internos claros e auditáveis.

O programa de compliance é um conjunto de normas, regulamentos e medidas internas voltadas para a prevenção, detecção, remediação e resposta aos riscos de violação das regras da atividade hospitalar. Esses processos interdependentes fortalecem a governança corporativa e orientam as ações dos agentes da saúde no exercício de suas funções.

São processos interdependentes que contribuem para a efetividade do sistema de governança corporativa e que permeiam a organização, norteando então as iniciativas e as ações de todos os agentes da governança no desempenho das suas funções. Curiosamente, o conceito de compliance avançou globalmente apenas a partir da década de 90. Até então, não era amplamente discutido em nível internacional, o que torna sua evolução ainda mais interessante, pois praticamente até “ontem” não se falava em compliance em nível internacional.

✓ **No caso do compliance, o foco está na prevenção, detecção, resposta e remediação de desvios éticos, fraudes, riscos legais e inconformidades regulatórias. Um programa de compliance, segundo o expositor, deve:**

- **Prevenir** riscos por meio de políticas, códigos de conduta, manuais de ética e treinamentos;
- **Detectar** irregularidades por meio de canais de denúncia, auditorias e mecanismos de monitoramento;
- **Responder** adequadamente a desvios com medidas disciplinares e aprimoramento de processos;
- **Monitorar** e **melhorar** continuamente a própria estrutura de governança.

### *A Evolução Legislativa do Compliance no Brasil*

**Dr. Gustavo:** Até a década de 1990, não havia regulamentações internacionais robustas contra a corrupção. Esse cenário começou a mudar em 1997, através da Convenção sobre o Combate à Corrupção de Funcionários Públicos Estrangeiros em Transações Comerciais Internacionais, e ganhou força em 2003 com a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção, seguida pelo Pacto Global contra a Corrupção em 2004.

No Brasil apesar de nós sermos signatários de todos esses tratados, a primeira lei anticorrupção só foi sancionada em 2013. Em 2015, com o Decreto 8.420, que o Brasil passa a reconhecer formalmente o programa de compliance como parte integrante do sistema legal, estruturado pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro.

✓ **Dr. Gustavo mostrou, então numa breve linha de tempo sobre o avanço do compliance no cenário internacional e nacional:**

- 1997: assinatura da Convenção da OCDE contra corrupção;
- 2003: Convenção da ONU contra a Corrupção;
- 2004: Pacto Global Anticorrupção;
- 2013: promulgação da Lei Anticorrupção brasileira;
- 2015: regulamentação da lei pelo Decreto 8.420/2015.

## *A Realidade nos Hospitais*

Até então, não havia um sistema legal que normatizasse o compliance. Mesmo sendo uma legislação voltada ao setor público e privado, sua influência fez com que muitas organizações passassem a implementar programas de compliance também nas relações privadas. No entanto, nos hospitais, essa estrutura ainda não está amplamente presente, o que demonstra que há espaço para evolução nesse setor.

Hospitais privados, em sua maioria, ainda não possuem áreas estruturadas como jurídico interno, auditoria, gestão de risco e compliance. Embora essas funções estejam sendo cada vez mais implementadas, elas ainda não são uma realidade universal.

**✓ Apesar dos avanços legais, o expositor alertou: ainda são poucos os hospitais brasileiros que possuem:**

- Departamento jurídico interno;
- Auditoria independente;
- Gestão de riscos estruturada;
- Área exclusiva de compliance.

**✓ Esse panorama vem mudando, sobretudo entre grandes hospitais privados. No entanto, a maioria das instituições ainda não dispõe de uma estrutura formal de integridade.**

O compliance, quando adotado, segue princípios fundamentais de governança corporativa: integridade, transparência, equidade, responsabilização e sustentabilidade, garantindo maior segurança e eficiência na gestão hospitalar.

Resumindo: quando falamos no compliance, estamos alinhados aos fundamentos da governança corporativa, que se baseia em:

- Integridade;
- Transparência;
- Equidade;
- Responsabilização;
- Sustentabilidade.

**Dr. Gustavo:** Além dos princípios de governança, a Controladoria-Geral da União traz pontos fundamentais, como o comprometimento da alta direção, uma instância responsável pelo programa, análise de perfil e riscos, estruturação de regras e monitoramento estratégico.

Um programa de compliance deve abranger três pilares: prevenção, detecção e resposta. A prevenção inclui políticas, manuais de conduta, regras e procedimentos. A detecção ocorre por meio de canais de denúncia e mecanismos de monitoramento, garantindo que irregularidades sejam identificadas. A resposta envolve medidas educativas e disciplinares, aprimoramento de processos e avaliação constante, garantindo a melhoria contínua do programa.

Inicialmente, o compliance se concentrava na conduta ética e na cultura de integridade. Mas, de lá para cá, nesses últimos nove anos, sua aplicação se expandiu,

abrangendo áreas como combate a fraudes, compliance contratual, compliance de privacidade e regulamentação, aspectos diretamente ligados à gestão na área da saúde.

✓ **Lembrando então: A CGU elenca diretrizes específicas para os programas de integridade, como:**

- Apoio explícito da alta direção;
- Instância interna responsável pelo programa;
- Avaliação contínua de riscos;
- Monitoramento das ações;
- Melhorias sistemáticas com foco em resultados.

#### **4. O COMPLIANCE COMO FERRAMENTA DE APOIO ÉTICO-ADMINISTRATIVO**

**Dr. Gustavo:** Como o sistema de compliance pode ser uma ferramenta essencial para apoiar médicos e hospitais? Como conseguir tangibilizar, trazendo na prática para apoiar o médico? Respondendo: garantindo prevenção e melhor desempenho dos sistemas de saúde. Sua implementação contribui para a racionalização e otimização dos recursos, tornando a gestão mais sustentável e reduzindo a judicialização dos casos na saúde.

Lembro que, quando iniciamos o programa de compliance no hospital em 2015, o conceito era pouco compreendido. Passei grande parte do tempo explicando e ministrando cursos internos para colaboradores e médicos, que viam a iniciativa como algo incomum. Na época, ética e integridade estavam fortemente associadas às comissões internas, e minha presença era vista como uma novidade, e muitas vezes eu ouvia “o que esse menino faz para lá e para cá”, “o que ele pretende, o que ele vem implementar?”

Hoje, 10 anos depois, o impacto do programa é evidente. Os médicos me procuram diretamente para relatar preocupações, questionar condutas de pacientes e discutir convites para cursos e palestras, por exemplo: nos falar sobre determinado curso que ele foi convidado ou palestra que ele foi chamado a dar. Isso demonstra o fortalecimento da cultura de compliance e sua relevância na prática médica.

#### ***Atribuições Éticas: Limites entre Compliance e Comissão de Ética Médica***

**Dr. Gustavo:** Atualmente, no hospital, já percebemos uma parceria consolidada. O corpo clínico nos consulta voluntariamente, não apenas por necessidade de apoio ou relato, mas pelo interesse em atender no mais alto padrão de integridade.

No entanto, a área médica possui sua própria estrutura ética. O programa de compliance e integridade não tem competência para avaliar questões éticas da prática médica, pois essa responsabilidade cabe exclusivamente à comissão de ética médica. Essa comissão atua de forma independente e responde diretamente ao Conselho Regional de Medicina, que, por sua vez, responde ao Conselho Federal.

Quando falamos de atividade médica ou da ética relacionada à atividade médica, elas podem ser recebidas via ouvidoria ou canais de denúncia do compliance. E são

imediatamente encaminhadas ao diretor clínico e ao diretor executivo médico da organização, que as encaminham para a comissão de ética médica. O compliance não tem autoridade para analisar ou intervir nesses casos.

- A ética profissional médica não é da alçada da área de compliance.
- Denúncias ou manifestações relativas à conduta profissional de médicos são imediatamente encaminhadas ao diretor clínico e ao diretor executivo médico, que por sua vez as direcionam à Comissão de Ética Médica.
- Esta comissão atua de forma independente da administração hospitalar e está vinculada diretamente ao Conselho Regional de Medicina.

No hospital não há comissões na atividade assistencial, nem nas pesquisas com seres humanos, entretanto, contamos com um comitê de ética em pesquisa, além das comissões de ética em enfermagem, ética médica e bioética. Todas essas, repito, seguem diretrizes independentes, de forma autônoma, sem vínculo com a administração do hospital. Mas há o canal de compliance, responsável por receber relatos de violações ao programa institucional. Em determinados casos, uma atividade pode evidenciar tanto uma conduta inadequada quanto uma violação ética na assistência médica ou na atividade assistencial profissional. Nessas situações, o caso pode ser direcionado a ambas as instâncias, mas cada uma **das entidades** conduz sua apuração de forma independente, dentro da competência específica **de cada**.

## 5. APOIO PRÁTICO DO COMPLIANCE AO CORPO CLÍNICO

**Dr. Gustavo:** No cenário médico, as empresas da área de saúde, nesse caso os hospitais, devem, por obrigação legal, contar com um diretor técnico e um diretor médico, conforme determinado pelas resoluções dos conselhos de medicina. O diretor clínico, representante do corpo médico, não se subordina à administração hospitalar, mas atua como um parceiro essencial para o compliance, garantindo a integridade da atuação médica no legítimo interesse do corpo clínico.

A assistência médica, tanto em instituições públicas quanto privadas, é responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico. Ambos respondem ao Conselho Regional de Medicina em casos de descumprimento dos princípios éticos ou falhas na garantia de condições adequadas de atendimento, sem prejuízo de eventuais sanções civis e penais. O diretor técnico representa legitimamente os médicos dentro do hospital, assegurando que tenham um ambiente adequado para o exercício da profissão. Cabe, portanto, ao diretor nomeado zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares e assegurar condições adequadas para a prática médica.

O diretor clínico, eleito periodicamente pelo corpo médico, supervisiona a execução das atividades assistenciais. Essa regulamentação estabelece que, na gestão das instituições de saúde, ao menos dois médicos devem integrar a governança, sem qualquer subordinação à administração hospitalar.

E como a área de compliance apoia o diretor técnico, então, na conformidade do corpo clínico? As estratégias variam conforme a organização de cada

hospital para o apoio ao diretor técnico. Para exemplificar, sem esgotar o tema, algumas ações incluem a diligência na documentação dos profissionais, garantindo a regularidade e conformidade dos registros tanto do médico (pessoa física) quanto da empresa (pessoa jurídica) através da qual ele prestará serviços, no momento do cadastro e ingresso no corpo clínico da instituição.

✓ **As resoluções do Conselho Federal de Medicina determinam que os estabelecimentos de saúde devem ter obrigatoriamente um Diretor Técnico e um Diretor Clínico.**

- O Diretor Técnico é o responsável legal pelo funcionamento da instituição e atua como representante do hospital perante o CRM e outras instâncias reguladoras.
- O Diretor Clínico, por sua vez, é o representante eleito do corpo clínico, responsável por supervisionar a atividade assistencial e zelar pela qualidade técnica e ética da prática médica.

**Dr. Gustavo:** Pensando no corpo clínico, quanto mais regular estiver o corpo clínico, quanto mais idôneo estiver este corpo clínico, melhor para cada um dos médicos. A regularidade e idoneidade são fundamentais para a reputação dos profissionais e da instituição. Uma falha individual pode afetar a imagem de toda a equipe médica.

Entre os documentos apresentados, há um termo **encaminhado ao diretor do corpo clínico**, distribuído anualmente a todos os médicos, tendo caráter exclusivamente de controle. A existência de um conflito não implica restrições ou proibições ao médico, mas serve para monitoramento interno, seguindo práticas comuns em outros países, onde tais informações são publicadas em páginas acessíveis ao público.

Nos Estados Unidos, médicos que atuam como palestrantes para a indústria farmacêutica ou de produtos médicos devem autodeclarar essa informação em uma página pública acessível a qualquer pessoa. No Brasil, essa declaração é feita internamente, como documento de controle gerenciado pelo diretor clínico. Não há problema em haver declarações positivas ou negativas de conflito de interesse, pois o objetivo é apenas acompanhamento. Esse controle é essencial para que o **diretor clínico** conheça os médicos da instituição e suas relações profissionais.

Além disso, é realizada uma verificação periódica da regularidade e conformidade da documentação do médico e da empresa por meio da qual ele presta serviços. Não é incomum que um médico se torne sócio de uma empresa com outros profissionais, mas ao analisar o contrato social, pode-se identificar incompatibilidades entre a prática médica descrita e a atividade exercida na instituição. Algumas restrições também podem surgir devido a cadastros municipais que não permitem determinadas práticas.

A elaboração de políticas e normas internas — como regras de conflito de interesses, participação em eventos e viagens — também faz parte desse processo. A Resolução 247 do Conselho Federal de Medicina define de forma clara as responsabilidades dos diretores técnicos, clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. O diretor técnico, por lei, responde não apenas aos conselhos de medicina, mas

também às autoridades sanitárias, ao Ministério Público, ao Judiciário e outras instâncias pelo funcionamento adequado do estabelecimento assistencial.

A atuação da área de compliance na relação médico-hospital pode se dar de diversas formas; entre os principais pontos, destacam-se:

- a) Verificação de Documentação e Regularidade Profissional
- b) Declaração de Conflito de Interesses
- c) Elaboração de Políticas Internas com normas internas relacionadas à atuação médica, tais como:
  - Políticas para participação em eventos, palestras, cursos e viagens patrocinadas;
  - Regras para relacionamento com fornecedores;
  - Diretrizes de conduta profissional e institucional.
- b) Monitoramento e Suporte à Governança Clínica

A área de compliance fornece **instrumentos e relatórios gerenciais** que auxiliam o diretor técnico e o diretor clínico no monitoramento da conformidade do corpo clínico. Isso fortalece a governança médica e previne riscos legais ou reputacionais.

## 6. RESPONSABILIDADES LEGAIS E INSTITUCIONAIS

**Dr. Gustavo:** A elaboração de políticas e normas internas abrange temas como conflito de interesses, eventos e viagens. A **Resolução 247 do Conselho Federal de Medicina** estabelece de forma clara as responsabilidades dos diretores técnicos, clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. O diretor técnico, por lei, responde não apenas aos conselhos de medicina, mas também às autoridades sanitárias, ao Ministério Público, ao Judiciário e demais órgãos pela regularidade do funcionamento do estabelecimento assistencial.

Entre suas principais atribuições, o **diretor técnico** deve assegurar o cumprimento das legislações vigentes, organizar a escala de plantonistas, garantir condições adequadas de trabalho aos médicos e verificar a conformidade das pessoas jurídicas atuantes na instituição. Todas essas responsabilidades são fundamentais para manter a regularidade ético-legal do ambiente hospitalar.

A relação **médico-hospitalar** é profundamente interligada, especialmente no que se refere à responsabilidade civil. De forma resumida, esse conceito se baseia na premissa de que ninguém pode lesar o direito ou interesse de outra pessoa. Dentro desse contexto, existem dois tipos principais de responsabilidade civil: **subjéctiva e objectiva**.

### Atribuições do diretor técnico:

- Garantir que a unidade de saúde esteja em conformidade com as normas da Anvisa, da vigilância sanitária e do Conselho de Medicina;
- Responder civil, penal e eticamente pelas condições estruturais e técnicas da instituição;
- Ser o elo oficial da instituição com Ministério Público, Justiça e órgãos de fiscalização.

### Atribuições do diretor clínico:

- Supervisionar o exercício da medicina no ambiente hospitalar;
- Intermediar questões entre a direção administrativa e os profissionais de saúde;
- Promover boas práticas e mediar conflitos entre médicos e a administração.

## **7. A RESPONSABILIDADE ÉTICA E CIVIL NA RELAÇÃO MÉDICO-HOSPITAL**

**Dr. Gustavo:** A **responsabilidade subjetiva** exige a comprovação de culpa do agente para que surja o dever de indenizar. Na atividade médica, essa responsabilidade civil geralmente é subjetiva, pois é necessário a comprovação de que um ato médico tenha causado danos por negligência, imprudência ou imperícia.

Já a responsabilidade civil dos hospitais é objetiva, ou seja, independe da comprovação de culpa. Se um ato médico realizado na instituição resultar em dano a um terceiro, o hospital sempre responderá por ele. Posteriormente, no âmbito jurídico, podem surgir discussões sobre o vínculo do médico com o hospital — se era contratado, celetista ou prestador de serviço — e a possibilidade de ação de regresso contra o profissional. No entanto, na prática, qualquer paciente que processe um médico tende a incluir o hospital na ação, dada sua responsabilidade objetiva.

Assim, obsevamos que a área jurídica, discutem-se dois tipos de responsabilidade civil:

**Responsabilidade Subjetiva:** exige a comprovação de culpa. É a forma de responsabilidade aplicada ao médico, que só pode ser penalizado se for demonstrado que houve negligência, imperícia ou imprudência.

**Responsabilidade Objetiva:** independe de culpa. É aplicada ao hospital, que responderá sempre que houver dano comprovado ao paciente durante o atendimento, independentemente de sua própria culpa.

**Dr. Gustavo:** A obrigação de reparar danos independe de culpa nos casos previstos em lei ou quando a atividade exercida representa um risco inerente para terceiros. Para que se configure o dever de indenizar, é necessário que haja uma conduta do agente, seja por ação ou omissão, que cause prejuízo a outro indivíduo. Esse ato pode ser lícito ou ilícito, voluntário ou automaticamente imputável, e sua consequência gera o dever de reparação ao lesado.

O nexo de causalidade é a relação que conecta a conduta do agente ao dano sofrido pela vítima. Em outras palavras, é o vínculo entre a ação ou omissão do responsável e o prejuízo causado. Todos os pontos discutidos até aqui convergem para a questão central: a conformidade ética bilateral. Para que essa conformidade seja efetiva, tanto o hospital quanto o médico devem estar alinhados em seus compromissos éticos e legais.

O hospital deve garantir condições dignas de trabalho e remuneração adequada aos médicos, além de apoiar o diretor clínico e o diretor técnico na gestão da instituição. Já o médico deve atuar de maneira ética, priorizando a saúde do paciente e comunicando qualquer desalinho ético que identificar.

Os profissionais da instituição, ou seja, o médico e os demais colaboradores do hospital, devem seguir as diretrizes éticas do regimento interno do corpo clínico e do manual de conduta ética. O hospital, por sua vez, deve respeitar a autonomia clínica dos médicos, desde que não comprometa o bem-estar do paciente ou viole normas éticas. Além disso, é fundamental que o hospital reconheça o direito dos médicos **à objeção de consciência**.

Esses pontos permitem longas discussões, pois há casos em que hospitais contratam médicos em regime celetista e impõem protocolos que nem sempre são amplamente aceitos pela comunidade médica. Embora sejam exceções que devem ser avaliadas individualmente, o médico mantém sua autonomia e não deve ser obrigado a administrar um tratamento que considere inadequado.

O **diretor clínico** da instituição tem um papel fundamental na mediação dessas questões e deve ser acionado para buscar entendimento sobre cada caso. Em situações de urgência e emergência, porém, não há espaço para debate—o médico deve agir com base na melhor prática disponível para o paciente.

Além disso, o hospital também deve fornecer todos os subsídios para a franca atuação da Comissão de Ética Médica, para a Comissão de Bioética, para as comissões de pesquisa clínica, e, nesse caso, tanto para assessorar o médico nas questões éticas de seu atuar profissional e no campo da pesquisa clínica, como para avaliar o exercício da medicina de forma ética em conformidade com as normativas regulatórias e aquelas emanadas pelo Conselho Federal e pelos conselhos regionais.

Embora existam relatos de más práticas em alguns hospitais ou entre médicos, tais casos são exceções. O objetivo é sempre buscar a melhor prática, promovendo a conformidade ética bilateral entre hospital e médico, com foco na qualidade da assistência ao paciente. Ambos, tanto médico e hospital, devem observar as questões éticas envolvidas na terminalidade de vida, seguindo as normativas específicas do Conselho.

## **8. A CONFORMIDADE ÉTICA BILATERAL: UM COMPROMISSO COMPARTILHADO**

 **“A relação ética bilateral pressupõe respeito mútuo, comunicação eficiente e a busca conjunta pela melhor experiência do paciente.”**

**Dr. Gustavo:** Médicos e hospitais devem trabalhar conjuntamente para assegurar o sigilo dos dados pessoais e de saúde dos pacientes. O médico é responsável pelo registro fidedigno no prontuário, preservando as informações com rigor técnico e ético. O hospital, por sua vez, deve assegurar a guarda segura do prontuário, seguindo não apenas as normas éticas e assistenciais, mas também os requisitos legais da **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** e de segurança da informação.

A relevância dos dados na sociedade moderna torna a proteção dessas informações essencial. Casos de vazamento de dados em empresas da área da saúde, como o próprio ConectSUS, que foi invadido ali há dois anos e ficou por dois dias sem operação; já ouvimos e vimos, também, recentemente problemas com invasão de dados em empresas, em hospitais e em laboratórios privados.

Ataques cibernéticos a hospitais e laboratórios também reforçam a necessidade de medidas de segurança robustas.

O registro fidedigno é uma das questões mais importantes no contexto assistencial e regulatório e é, majoritariamente, o documento que é avaliado em qualquer discussão onde haja uma não conformidade, uma não consistência ou uma desconfiança da prática. Em qualquer situação de não conformidade ou questionamento sobre práticas médicas, ele é a principal fonte de avaliação e análise.

#### **Deveres do hospital:**

- Oferecer condições dignas de trabalho aos profissionais;
- Respeitar a autonomia médica, desde que esta não comprometa o bem-estar do paciente;
- Apoiar a atuação das comissões internas (ética médica, bioética, pesquisa clínica etc.);
- Garantir a segurança da informação e a guarda sigilosa dos dados dos pacientes, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);
- Fornecer suporte técnico, jurídico e ético para evitar conflitos de interesse e estimular boas práticas.

#### **Deveres do médico:**

- Atuar com ética, zelo e autonomia, sempre visando o bem-estar do paciente;
- Informar à instituição qualquer prática antiética ou desalinhada com os princípios do cuidado;
- Cumprir as diretrizes do regimento interno e do manual de conduta da instituição;
- Registrar de forma fidedigna todas as informações no prontuário médico;
- Comunicar de forma clara e compreensível as decisões e condutas ao paciente.

**Dr. Gustavo:** Todos os médicos dedicam uma parte significativa de sua rotina diária à anamnese, exames e diagnóstico, que comorbidades o paciente está acometido. No entanto, há dois aspectos igualmente essenciais: o registro preciso das informações no prontuário e a comunicação eficaz com o paciente. Mais do que informar, é fundamental garantir que o paciente compreenda plenamente o que foi explicado. Muitas vezes, a mensagem pode parecer clara para quem a transmite, mas ser interpretada de forma parcial ou equivocada pelo paciente que acaba de sair do consultório ou não entendeu aquilo que foi informado ou entendeu parcialmente.

Pode ocorrer, sim uma divergência no entendimento. Há casos emblemáticos que ilustram essa questão. Um exemplo famoso nos tribunais envolve uma jovem paciente nos seus 20 e poucos anos que foi submetida a uma histerectomia. O médico informou sobre o procedimento, mas ela processou o hospital posteriormente ao perceber que não poderia engravidar, alegando que não havia compreendido completamente o impacto da cirurgia. Não ficou claro para ela, apesar de ter sido informado o que seria feito; não entendeu ao que estava sendo submetida. E o hospital, no fim, foi condenado ao pagamento da indenização.

O paciente precisa entender:

- A natureza de sua condição clínica;
- As possibilidades terapêuticas;
- Os riscos e benefícios do tratamento proposto;
- A justificativa para exames ou procedimentos indicados.

*“É dever do médico informar. Mas é responsabilidade ética garantir que o paciente tenha entendido o que foi dito.”*

## **9. COMUNICAÇÃO E PRONTUÁRIO: DOIS PILARES DA ÉTICA CLÍNICA**

Muitas dessas questões fazem parte do dia a dia da rotina hospitalar e, por vezes, passam despercebidas. Existe o apoio institucional, como a comissão de revisão de prontuários, desempenha um papel essencial no cumprimento das normas éticas e legais, além de contribuir para melhorias tanto para a equipe médica, quanto para a equipe administrativa. Esse acompanhamento também permite a identificação de riscos, facilitando a gestão de crises.

A auditoria médica, por sua vez, deve respeitar a autonomia dos profissionais na escolha dos cuidados prestados aos pacientes. O hospital tem a responsabilidade de garantir que a auditoria cumpra seu escopo de atuação e identifique desvios de conduta, como a indicação de procedimentos ou uso de equipamentos médicos desnecessários.

Claro que o hospital deve resguardar que a equipe de auditoria médica cumpra o escopo de sua atuação e indique qualquer desvio da atuação médica desconforme, como por exemplo a indicação de um procedimento de equipamentos médicos desnecessários. Não gosto muito dessa terminologia de máfia de próteses, mas invariavelmente, é como ficou mais conhecida.

Embora esse termo “máfia de próteses” tenha se popularizado, o foco deve ser na segurança do paciente e na transparência dos processos médicos. Ao mesmo tempo, o hospital deve assegurar que a auditoria médica os limites da sua competência, porque não cabe a ela nenhum tipo de influência na decisão médica, tampouco na autonomia do corpo clínico do hospital.

Os hospitais reúnem diversos profissionais de saúde, incluindo médicos e não médicos, todos essenciais para o funcionamento da assistência. O Código de Ética Médica determina que os médicos devem manter relações respeitadas com todos os profissionais que atuam no dia a dia do atendimento.

Da mesma forma, o hospital deve garantir que os demais profissionais respeitem as decisões médicas. O hospital deve encorajar que qualquer atitude disruptiva seja comunicada à diretoria clínica e à área de compliance. Dentro de um hospital, a gente também leva em conta o fato de que existem ambientes hospitalares que têm, sim, um nível de tensão maior, é como vocês bem sabem e bem conhecem, o centro cirúrgico e o pronto atendimento têm já naturalmente um nível de tensão maior.

Certos ambientes hospitalares naturalmente apresentam níveis mais altos de tensão, como o centro cirúrgico e o pronto atendimento. O centro cirúrgico e o

pré-cirúrgico, em especial, concentram profissionais de diferentes especialidades, incluindo farmacêuticos, técnicos em enfermagem, enfermeiros, instrumentadores e cirurgiões. Diante dessa diversidade de profissionais com expertise distintas, mas a organização deve assegurar ao médico e deve também solicitar ao médico que o ambiente seja o mais respeitoso possível.

Em hospitais que realizam pesquisas clínicas, é essencial que a instituição promova práticas éticas, orientando os médicos sobre normas e diretrizes para a condução responsável dessas pesquisas. E caso seja identificado qualquer desalinhamento ético do estudo em andamento, o comitê de ética em pesquisa deve ser acionado, especialmente em casos de aproximação antiética com indústrias farmacêuticas ou financiadores. O médico também deve levar ao comitê de ética qualquer indagação relativa à pesquisa clínica, para esclarecer dúvidas sobre pesquisa clínica e seguir rigorosamente as normativas que regulam estudos com seres humanos, sejam eles pacientes do hospital ou não.

Nos hospitais-escola, tanto a instituição quanto o médico devem comunicar ao paciente sobre a prática da medicina associada à docência, obtendo seu consentimento para o procedimento, o ato médico, preservando ali a dignidade e a privacidade do paciente.

Nas ações de publicidade, médicos e hospitais devem seguir as normas específicas estabelecidas pelo Conselho, que recentemente revisou a resolução sobre publicidade médica, entretanto não houve uma liberação irrestrita, sendo necessário cuidado na interpretação e na adoção das diretrizes. No âmbito da conformidade ética, há a possibilidade de interdição ética de um hospital, determinada pelo Conselho Regional de Medicina em casos de descumprimento das normas de segurança do ato médico.

Portanto, médico e hospital devem agir em acordo e em parceria para que o exercício da medicina no âmbito hospitalar tenha conformidade ética e com segurança do ato médico. Uma interdição tem impactos graves, pois leva à suspensão dos atendimentos e à necessidade de transferência dos pacientes para outras instituições.

Atualmente, há discussões frequentes sobre o uso indevido da tecnologia em ambientes hospitalares. É comum que pessoas fotografem e compartilhem imagens de situações médicas nas redes sociais, seja em pronto atendimento ou durante procedimentos cirúrgicos. Por isso, é essencial que médicos, hospitais e diretores clínicos estejam alinhados na preservação da privacidade e do sigilo dos pacientes.

Essas questões precisam ser bem alinhadas, pois envolvem uma série de possíveis infrações. Embora a gravação de um ato médico ou consulta possa, em alguns casos, servir como ferramenta de defesa para o profissional, é essencial respeitar as políticas institucionais de não gravação e não divulgação, garantindo sigilo e conformidade. No fundo, toda a discussão sobre conformidade bilateral de ética entre médicos e hospitais tem um objetivo central: evitar situações que prejudiquem ambas as partes. Quando essas diretrizes não são seguidas, os riscos aumentam, levando a consequências que podem resultar em manchetes indesejadas na mídia — algo que nem médicos nem hospitais querem enfrentar ou desejam estar associado a manchetes como estas:

- “Suspeito de fraude, hospital é proibido de pedir dados de pacientes”
- “Polícia investiga corrupção na ocupação de UTIs na pandemia”
- “Hospital é condenado por assédio sexual a ex-funcionárias”
- “Mãe denuncia hospital por negligência médica após morte de bebê”
- “Médicas denunciam fraude em laudos de hospital do Salvador e acionam...”

Iniciei dizendo que o tema era simples, porque é simples; basta que haja uma atuação ética de acordo com o que preceitua o CÓDIGO DE ÉTICA. Exige apenas o cumprimento ético das normas estabelecidas — pelo Código e pelas diretrizes regulatórias e internas do hospital—, na prática, exige um compromisso rigoroso com o CÓDIGO DE ÉTICA e com todas as regulamentações que norteiam o funcionamento hospitalar, incluindo legislações, normas e políticas internas.

No fundo, quando se fala em erro médico, há uma crítica implícita do ponto de vista legal, pois o termo “erro” pressupõe dolo — ou seja, intenção de causar dano. E eu, pessoalmente, nunca vi um caso em que o médico tivesse a real intenção de prejudicar um paciente. Por isso, o termo “falha médica” se mostra mais adequado, pois na prática, os casos envolvem falhas, que se caracterizam pela culpa decorrente de imperícia, imprudência e negligência.

Além das questões éticas e técnicas, há também desafios financeiros na relação entre médicos e hospitais, como a atuação de hospitais que impõem ou que descumprem situações básicas como pagar regularmente os honorários médicos.

A sociedade está passando por transformações, e a área da saúde enfrenta mudanças significativas: de um lado pela tecnologia, pelo avanço dos dados e pelo crescimento do conhecimento científico, de outro lado, por um problema diretamente relacionado aos custos.

Recentemente, vimos que os reajustes dos planos de saúde podem **chegar a 22% ou 23%**. A situação é tão crítica que já se reconhece formalmente a existência de um índice de inflação médica; e se ouve que a inflação médica supera à inflação tradicional.

É importante frisar que essa inflação médica não decorre de um único culpado. Ela é fruto de um efeito em cadeia — resultado de atuações desalinhadas com padrões éticos, desde a ausência de auditoria adequada em contas hospitalares até a prescrição de insumos desnecessariamente caros. Não há um vilão exclusivo: há, sim, um “efeito cascata” em que agentes acabam, involuntariamente, contribuindo para essa inflação médica.

Sou otimista por natureza. Tenho certeza de que, atuando com padrões éticos, por mais que a sociedade mude ou que os valores mudem, uma atuação ética, em qualquer tempo, é mandatória. Sempre em prol do melhor atendimento e tratamento para o paciente. Afinal, o foco último sempre deve ser o melhor atendimento e o melhor cuidado para o paciente.

A conformidade ética entre médicos e hospitais certamente trará benefícios significativos. Além de fortalecer a segurança na atuação profissional dos médicos, contribuirá para a integridade institucional, retenção de talentos, eficiência operacional, um melhor fluxo de caixa e melhor visibilidade da instituição no setor da saúde.

Paralelamente a isso, reduziremos custos, tempo, esforço, reclamações, riscos, conflitos, judicializações e sanções legais e financeiras. Além disso, aperfeiçoaremos a produtividade, os processos, a imagem e reputação tanto do médico quanto do hospital; a qualidade do atendimento aos pacientes, a manutenção da confiança de todos os *stakeholders* envolvidos no cuidado da saúde. A partir dessa base sólida, é possível desenvolver estratégias, processos e serviços inovadores que beneficiem tanto o sistema de saúde quanto os pacientes.

Conformidade ética bilateral e os benefícios serão inúmeros:

- Aumento de receita e rentabilidade;
- Segurança jurídica e profissional ao médico;
- Integridade institucional e retenção de talentos;
- Eficiência operacional e melhor fluxo de caixa;
- Redução de custos, conflitos, riscos legais e judicializações;
- Melhoria da imagem e da reputação das organizações de saúde;
- Confiança reforçada junto aos pacientes, equipes e à sociedade em geral.

## ENCERRAMENTO DA AULA- CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES FINAIS

**Dr. Gustavo:** Com isso, encerro a minha exposição e me coloco à disposição para todas as perguntas que quiserem fazer agora ou posteriormente. Deixo aqui meus contatos pessoais e profissionais para qualquer colega que deseje aprofundar algum ponto. Muito obrigado ao Conselho, ao Dr. Leonardo e ao Dr. Robson pela oportunidade.

**Dr. Leonardo:** Gustavo, muito obrigado. Excelente apresentação — extremamente rica, repleta de conteúdo e muito bem estruturada. Agora, passo a palavra ao Dr. Robson para suas considerações finais.

**Dr. Robson:** Boa noite a todos. Vou ser breve, até para que possamos aproveitar possíveis perguntas do público, pois isso sempre enriquece muito o debate. Em primeiro lugar, gostaria de parabenizar o Gustavo. Ele realmente é um talento — conseguir apresentar um conteúdo tão denso em tão pouco tempo, com tamanha clareza e objetividade, é digno de admiração. Seu poder de síntese é notável, e a didática foi excelente, facilitando o entendimento de todos.

Mas, Gustavo, infelizmente, a maioria dos serviços ainda não pratica o compliance de forma efetiva. Em Goiás, por exemplo — e falo com base na nossa realidade — temos, sim, um atendimento de boa qualidade em muitos serviços. Em alguns casos, isso é feito de maneira mais profissional; mas, na maioria, ainda de forma bastante amadora. Apesar disso, todos esses serviços contam com algum tipo de controle: mecanismos para avaliar inconformidades, seguir normas e regulamentações, com a presença de diretor técnico, diretor clínico, Código de Ética, diversas comissões... Isso nos dá algum alento. Dá uma esperança de que estamos no caminho para alcançar o nível que você mostrou nesse último slide — que ilustra bem a importância do compliance dentro do contexto hospitalar. Mas o ponto que eu gostaria de comentar com você é justamente essa questão das não conformidades.

Você explicou muito bem que o modelo de compliance precisa funcionar em mão dupla — tanto do médico para o hospital quanto do hospital para o médico. E, na sua fala, você destacou bastante o aspecto do médico em relação ao hospital...

E eu queria destacar algo que você mencionou bem no final da sua fala — uma frase que me chamou a atenção, e que eu gostaria de inverter aqui para provocar o debate: a dificuldade dos hospitais em lidar com os médicos. Aqui em Goiás, temos enfrentado uma realidade bastante triste nesse sentido. E, como conselheiro, costumo usar como referência o artigo 67 do Código de Ética Médica.

O que acontece com frequência, especialmente na rede privada — embora também ocorra na pública — é a seguinte situação: o médico, muitas vezes, é contratado por um colega que também é dono do hospital, mas depois não recebe os honorários conforme o combinado. Há retenção de pagamentos ou mesmo o não cumprimento do que foi acordado. O artigo 67 do Código de Ética é muito claro nesse ponto: é vedado ao médico deixar de assegurar o pagamento integral dos honorários profissionais, bem como permitir descontos ou retenções que não estejam previstas em lei. E esse artigo é fundamental, porque resguarda a autonomia e a dignidade da remuneração médica.

Isso que você trouxe, Gustavo, nós temos vivenciado na prática aqui em Goiás. Ainda existem serviços que insistem em adotar essas práticas abusivas. Muitos médicos que atuam em pronto-socorro têm recorrido ao sindicato com demandas relacionadas justamente a essa questão. Inclusive, amanhã teremos uma assembleia voltada a um hospital privado que está retendo honorários e deixando de pagar os médicos como deveria. O problema se agrava em alguns modelos mais recentes de atendimento. Neles, para o médico conseguir trabalhar, precisa repassar uma parte do seu honorário à direção do serviço, sob diferentes justificativas. Nós não concordamos com isso de forma alguma. O honorário médico é sagrado. O gestor do serviço pode cobrar o que for necessário para manter sua estrutura — aluguel, encargos, o que for — mas o pagamento do médico deve ser preservado. Dentro de uma proposta de compliance, como a que você apresentou, é inconcebível que o hospital interfira na remuneração do profissional. E quando olhamos para a rede pública, a situação é ainda mais alarmante. Estamos vivendo uma verdadeira calamidade por causa das OSs — as Organizações Sociais. O Estado, que pela Constituição tem o dever de garantir a saúde da população, tem terceirizado esse papel para essas entidades. O problema é que essas OSs, por sua vez, acabam “quarteirizando” o serviço, repassando-o a outras empresas, o que só aprofunda a precarização do trabalho médico. Em muitos casos, os profissionais enfrentam atrasos constantes nos pagamentos, não têm acesso a direitos básicos e vivem em total insegurança. Não podem nem ficar doentes. Já chegamos, aqui, a situações que se assemelham ao trabalho análogo à escravidão. É absurdo o que está acontecendo. Temos grandes maternidades em greve, médicos passando por sérias dificuldades financeiras, tudo por falta de um verdadeiro compliance — por ausência de uma gestão responsável, ética e comprometida, tanto por parte das Organizações Sociais quanto dos hospitais, públicos ou privados, em relação ao médico.

É uma via de mão dupla precisa ser estabelecida de forma muito concreta. O médico precisa ter a segurança de que vai trabalhar e receber seus honorários corretamente, além de atuar em condições adequadas, com os equipamentos necessários. Há serviços públicos aqui em Goiás onde, por exemplo, não há sequer um eletrocardiograma disponível para atendimento em casos de emergência. Isso é gravíssimo e expõe o médico a um risco enorme. Quero também destacar um ponto da sua fala em que você foi muito feliz: a questão do prontuário médico. O prontuário é um elemento importantíssimo para a defesa do médico — seja na área civil, penal ou ética, inclusive aqui no Conselho. O que temos percebido, no entanto, é que todos os profissionais escrevem no prontuário: enfermagem, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo... e o médico, muitas vezes, não escreve.

Não sei por que o médico tem dificuldade em fazer um registro do paciente bem-feito. Acontece um caso grave, o médico é chamado de madrugada, ele vai, atende, toma todas as providências — e simplesmente não registra nada. Depois, a enfermeira anota: “médico não compareceu para avaliar o paciente”. E aí? Não há como provar que ele esteve lá, que examinou, que medicou... Isso tem gerado um número crescente de processos aqui no Conselho, e até mesmo condenações, por ausência de registro no prontuário. E por último, quero tocar em outro ponto importante que você abordou: os planos de saúde. Tenho falado muito sobre isso — o Leonardo mesmo já deve ter me ouvido —, porque o modelo que temos hoje é, na prática, totalmente equivocado.

Veja: de um lado temos o plano de saúde, que lidera os *rankings* de reclamações nos órgãos de defesa do consumidor. Do outro, temos o paciente, cada vez mais insatisfeito, que quer uma prótese, um exame, um medicamento — e não consegue. Muitas vezes, só consegue por meio de judicialização. Enquanto isso, o médico fica no meio dessa equação impossível, tentando atender, resolver, mediar expectativas e limitações do sistema.

E isso tudo gera também problemas para os próprios planos de saúde. Temos visto médicos, em diversos hospitais, profundamente insatisfeitos com as operadoras de planos de saúde — seja pela falta de reajuste das tabelas, pelas glosas indevidas, ou por outros entraves que que levam ao médico, às vezes, até praticar atos indevidos adotarem condutas equivocadas, numa tentativa de compensar financeiramente as perdas. É claro que não compactuamos com esse tipo de atitude.

A verdade é que um modelo que não funciona bem, para nenhuma das partes — nem para o médico, nem para o paciente, nem para a operadora —, não pode ser considerado um bom modelo. Precisamos encontrar, com urgência algum modelo diferente, repensar essa estrutura, para essa relação médico-paciente e operadoras, para termos uma medicina mais segura, mais justa e alinhada com aquilo que você destacou tão bem na sua apresentação: regras claras, normas coerentes e adequações possíveis. Nada disso é complicado — basta agir corretamente. Basta fazer o certo.

Essas são as minhas considerações finais. Quero agradecer sinceramente pela sua fala. Foi extremamente enriquecedora. Pessoalmente, aprendi muito mais uma vez com a sua exposição, e espero que todos aqui também tenham aproveitado tanto quanto eu. Muito obrigado!

## MODERAÇÃO

**Dr. Leonardo:** Robson, obrigado. Parabéns pela apresentação, agradecendo a participação do Gustavo. Muitas perguntas chegaram, e o Robson já fez considerações bem completas. Tem uma pergunta aqui que acho que podemos encerrar com ela, porque as demais já foram contempladas, tanto na sua fala quanto na apresentação. A pergunta é a seguinte: “você acha que, na implantação de um sistema de compliance, o ponto mais difícil de implementar, de alinhar à conformidade, é o médico?” Qual sua percepção, Gustavo?

**Dr. Gustavo:** Não. O que estou trazendo aqui é fruto de uma implementação que vivi na prática, num hospital privado em São Paulo. Não tivemos resistência significativa por parte do corpo clínico, a ponto de dizer que eles foram os mais resistentes. A implantação de um programa de compliance é uma novidade. Você está implementando algo que não existia antes. E, num primeiro momento, ele pode ser interpretado como um sistema de controle, não como um sistema de conformidade.

Eu sempre defendo — e digo isso sempre que posso — um modelo de compliance com foco educativo, não policlesca. Eu não sou um sistema de compliance que estou aqui para punir e advertir os desvios, mas para identificar falhas, corrigi-las e aprimorar os processos. Existem os dois modelos, sim — o repressivo e o educativo.

Na minha opinião, o modelo baseado no medo até funciona, mas não cria uma cultura ética verdadeira. Ele funciona apenas porque as pessoas têm medo de sofrer repressão, da advertência, do desligamento. Isso não cria a cultura ética que deve ser construída.

Tenho investido muito tempo em treinamentos e palestras. É uma construção contínua. Por exemplo, neste mês, mesmo não estando diretamente vinculado ao programa de compliance, estou conduzindo várias palestras internas — tanto para o corpo assistencial quanto para os médicos contratados — sobre temas como *disclosure*.

E isso ainda é algo difícil de praticar no Brasil. Não é comum um profissional assumir para o paciente que houve uma falha, explicar o que aconteceu, qual será a remediação e como será feita a apuração. Mas esse tipo de postura é essencial para fortalecer a confiança.

*“Ainda não é natural alguém chegar para um terceiro que veio aqui contratar os serviços e você espontaneamente dizer a ele “olha, houve uma falha, nós detectamos esta falha, a falha é esta, a remediação será aquela”, ou “detectamos uma falha inicial, estamos apurando e devolveremos a você a nossa conclusão em seguida”. Tão logo o processo de apuração seja terminado, resolvido.”*

**Dr. Gustavo:** Então, para responder objetivamente: não, não senti resistência significativa do corpo clínico. Tivemos, claro, casos isolados — como em qualquer área —, mas não a ponto de comprometer a implementação. Curiosamente, as maiores resistências vieram de setores operacionais, não diretamente ligados à assistência médico-paciente. Como atuo nas áreas jurídica, compliance e proteção de dados, frequentemente preciso intervir em questões como o uso de dados sensíveis, coleta de documentos, autorização de imagens... Mas, com diálogo, conseguimos encontrar um denominador comum.

Agora, Dr. Robson, as questões que o senhor trouxe sobre honorários, retenções e a precarização da relação médico-hospitalar são, de fato, lamentáveis. Por mais que se diga que o médico deve buscar seus direitos judicialmente, como o senhor bem colocou, essa não deveria ser a via comum. A terceirização, a quarteirização, e especialmente o modelo PJ adotado para médicos, tornam tudo mais desafiador. Em uma OS, por exemplo, se o médico é celetista, ainda pode recorrer à Justiça do Trabalho contra a organização e subsidiariamente contra o município, contra o Estado, contra o agente de governo.

Mas numa relação entre pessoas jurídicas, a situação muda. A via judicial pode até ser possível, tentando responsabilizar solidariamente o município ou o Estado, mas, geralmente, eles se defendem alegando que o repasse foi feito, e que a responsabilidade é do gestor. Isso dificulta muito a obtenção de reparação: “olha, minha obrigação de repassar o dinheiro para o gestor foi feita e a ele quem compete pagar, eu não tenho relação aqui de atuação.”

**Dr. Robson:** Essas são realidades que temos enfrentado por aqui, Gustavo. E, pessoalmente, vejo o governo se comportando como Pilatos: lavando as mãos. Se o Estado é o responsável, não interessa o modelo de pagamento — a responsabilidade é dele e a Constituição é clara em dizer que o dever é dele. Pode até mostrar no Portal da Transparência que fez o repasse, mas isso não basta. Tem que verificar se o recurso foi bem utilizado, se há equipamentos, se os médicos estão recebendo. Não pode se eximir. O governo não pode simplesmente cruzar o braço e dizer assim, “*olha, eu já paguei, está lá no processo, está lá no portal da transparência que eu já paguei*” e ficar por isso mesmo. Inclusive, aqui em Goiás, a Justiça do Trabalho já começa a construir jurisprudência nesse sentido, reconhecendo que esse modelo de relação, do ponto de vista do Estado, é distorcido e facilita fraudes — tanto trabalhistas quanto tributárias.

**Dr. Gustavo:** Sem dúvida.

**Dr. Robson:** No fim do mês, o boleto chega — a conta de luz, de água... Tudo vence. E o médico precisa receber por aquilo que foi trabalhado

**Dr. Gustavo:** Factuado. Devido, é devido. E deve ser pago.

**Dr. Robson:** Leonardo, da minha parte, estou extremamente satisfeito. E você?

**Dr. Leonardo:** Também estou muito satisfeito e feliz. Gustavo, muito obrigado — sua apresentação foi espetacular. Realmente, enriqueceu demais. Essa aula ficará gravada, lembrando a vocês que é parte do nosso curso de Boas Práticas, e tenho certeza de que ela será uma fonte rica de consulta ao longo do tempo. O Dr. Gustavo deixou vários slides com textos riquíssimos associados à sua fala, de conteúdo relevante, tornam esse material de alto nível.

Com certeza, saímos daqui hoje muito mais informados — e com muitos questionamentos para futuras apresentações —, porque certamente vamos querer ouvir mais de você. E, Robson, muito obrigado pela sua participação. Como sempre, suas contribuições foram valiosas.

**Dr. Robson:** É uma honra participar com o Dr. Gustavo e com você. Para mim, é sempre muito enriquecedor.

**Dr. Gustavo:** Obrigado! É um prazer. Estou à disposição de vocês sempre que precisarem.

**Dr. Leonardo:** O prazer é nosso. Convido todos vocês para a próxima aula, terça-feira que vem, às 19 horas, quando falaremos sobre a relação do médico com o auditor do plano de saúde. [Chega a arrepiar né, a gente fala isso, o pessoal chega a assustar. Mas vai ser um debate muito interessante].

Estão todos convidados. Uma boa noite a todos. Muito obrigado por estarem aqui presentes até essa hora. Gustavo, muito obrigado por dispor do seu tempo. Sei que o Robson está vindo do trabalho, correndo para poder participar dessa live. E foi muito bom. Muito obrigado. Excelente fim de noite para todos vocês.

### **INFORMES FINAIS**

Ao final desta apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de enviar perguntas e comentários por meio do *chat* ao vivo, promovendo uma discussão enriquecedora sobre o tema.

Esta aula, assim como as demais do programa, está disponível no canal oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás no *YouTube*, podendo ser consultada a qualquer momento para aprofundamento ou revisão do conteúdo; ver a aula íntegra através do link informado na abertura do capítulo.

No próximo capítulo, abordaremos o tema: **[Relação entre médico assistente e médico auditor na prática médica]**.

# [Relação entre médico assistente e médico auditor na prática médica]

Moderador: Dr. Leonardo Emílio

Ministrantes: Dr. Márcio de Castro Ferreira

Debatedor: Dr. Donaldy Gustavo da Silva Sampaio

Data: 6 de fevereiro de 2023

Local: Goiânia – GO

Link: [https://www.youtube.com/watch?v=XEJCs\\_xLuEc&t=14s](https://www.youtube.com/watch?v=XEJCs_xLuEc&t=14s)

Esta aula foi ministrada em 23 de janeiro de 2023, durante o Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. O tema abordado neste encontro foi *A Relação Médico-hospitalar* com apresentação do Dr. Leonardo Emílio [diretor científico do CREMEGO] e Dr. Ildeu Almeida (CRM/MG 26028).

A seguir, apresentamos a transcrição adaptada e revisada da aula, com ajustes para maior clareza e fluidez, mantendo a fidelidade ao conteúdo original.





## [RELAÇÃO ENTRE MÉDICO ASSISTENTE E MÉDICO AUDITOR NA PRÁTICA MÉDICA]

No início da exposição, o Dr. Leonardo introduziu, com leveza e humor, o tema da **quarta aula** do curso de Boas Práticas Médicas que abordou um assunto sensível e frequentemente permeado por conflitos: a interação entre médicos assistenciais e médicos auditores, sem perder de vista a importância da discussão.

**Dr. Leonardo:** Boa noite a todos! São 19h06min. Nós estamos aqui no Conselho Regional de Medicina do estado de Goiás, dia 6 de fevereiro, terça-feira, pré-terça-feira de carnaval. Nós vamos ter aqui hoje um “samba” com o nosso amigo Márcio [risos] sobre a relação dos médicos assistentes e os auditores, na verdade. Isso é uma brincadeira, obviamente. Eu estou aqui com uma pessoa especialíssima, o querido amigo Márcio de Castro Ferreira.

O convidado da noite foi o Dr. Márcio de Castro Ferreira, ortopedista com destacada atuação na cirurgia do joelho, gerente de boas práticas assistenciais e sinistro da Seguros Unimed, além de membro do Corpo Clínico do Hospital do Coração de São Paulo. O debatedor foi o Dr. Donaldy Gustavo da Silva Sampaio, cardiologista e auditor da Unimed Goiânia.

O Dr. Márcio iniciou sua fala apresentando sua trajetória e os múltiplos papéis que exerce: médico assistencial, gestor em operadora, professor universitário e até paciente da saúde suplementar. Essa multiplicidade de perspectivas, segundo ele, oferece um equilíbrio valioso para compreender os desafios do sistema.

**Dr. Márcio:** Eu tenho todos os conflitos de interesse possíveis, e isso me dá equilíbrio. Vivo as dores e responsabilidades de todos os lados: assistencial, regulatório e acadêmico. Por exemplo: sou médico assistencial em consultório, dou palestras e faço cadáver labs para distribuidores de materiais cirúrgicos, trabalho na operadora de saúde, tenho carreira acadêmica na universidade entre outras atividades.

### INTRODUÇÃO: A VISÃO DO MÉDICO-AUDITOR

Durante sua exposição, o Dr. Márcio enfatizou que a auditoria médica é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como **ato médico** e, recentemente, foi estabelecida como especialidade médica. Apesar disso, muitos profissionais ainda veem o auditor como um “inimigo” da assistência, o que, segundo ele, é um equívoco:

**Dr. Márcio:** Muitos colegas me dizem que eu ‘fui para o lado negro da medicina’. A auditoria não é um cerceamento, mas sim um mecanismo de **sustentabilidade assistencial**.

Ele apresentou dados preocupantes sobre a sinistralidade das operadoras — com mais de 30% delas operando no vermelho — e chamou atenção para o fato de que **100% do custo da saúde suplementar tem origem em uma prescrição médica**.

Além disso, destacou que cerca de 20% dos gastos da saúde suplementar estão associados a fraudes e desperdícios, segundo estudos do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS):

**Dr. Márcio:** Quando há desperdício, alguém está lucrando. Só a auditoria tem capacidade técnica e legal para intervir nesses casos.”

Também ressaltou a importância da prevenção quaternária — conceito que trata da **evitação de intervenções desnecessárias** — e defendeu que a auditoria é o principal instrumento médico de proteção contra práticas que possam causar danos por excesso de zelo ou uso indevido de tecnologia.

Após as boas-vindas, Dr. Márcio deu início à sua apresentação agradecendo o convite e compartilhando uma breve contextualização sobre sua trajetória profissional. Ele destacou sua atuação como gerente de boas práticas assistenciais e sinistros da Seguros Unimed, onde coordena a regulação de OPME, a gestão de internações hospitalares, o controle de eventos adversos, reembolsos e casos relacionados ao transtorno do espectro autista — sob responsabilidade do Núcleo de Prevenção de Perdas e Fraudes (NPP).

Além disso, compartilhou seu envolvimento acadêmico:

**Dr. Márcio:** Tenho doutorado, vou iniciar meu pós-doutorado agora. Sou membro do grupo de cirurgia do joelho da Unifesp, coordeno um programa de cuidados clínicos no H-Corp São Paulo, certificado pela Joint Commission, e participo ativamente das sociedades médicas da especialidade. Recentemente fui convidado a integrar o conselho editorial do *Journal of Arthroplasty*.”

Com bom humor e transparência, Dr. Márcio mencionou seus diversos vínculos profissionais — como médico assistencial, consultor acadêmico, palestrante, paciente e colaborador da indústria —, ressaltando que essa multiplicidade de papéis lhe confere uma visão equilibrada sobre os diversos lados da prática médica.

**Dr. Márcio:** Tenho todos os conflitos de interesse, e isso me dá equilíbrio. Flutuo e sou remunerado por todas as áreas. Isso anula os vetores de viés e me permite enxergar as questões com mais isenção.”

Adotando um tom informal e convidativo, ele abriu espaço para perguntas ao longo da fala e apresentou, logo de início, dois exemplos extraídos de grupos de WhatsApp de médicos. As mensagens expressavam forte resistência à atuação de médicos auditores, frequentemente taxados como profissionais que “trabalham em prol das operadoras” ou como “malandros” infiltrados entre os colegas.

**Dr. Márcio:** Um amigo escreveu: ‘Tem um malandro desses em todo canto’. Outro respondeu: ‘Eu nem abro e-mail, nem respondo, e bloqueio os celulares’. Isso expressa muito da relação conflituosa que ainda existe entre os médicos assistenciais e os auditores.”

O palestrante reconheceu que a auditoria médica é, muitas vezes, vista como um mecanismo de cerceamento da autonomia médica, mas defendeu que essa visão é equivocada e precisa ser desconstruída. Ele ressaltou que a auditoria é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como **ato médico** e figura, inclusive, como o único ato médico com capítulo próprio no Código de Ética Médica, tamanho o seu peso institucional.

**Dr. Márcio:** Eu nunca sonhei em ser auditor. A vida me conduziu para esse caminho. Mas é fundamental que a gente pare de enxergar a auditoria como uma atividade punitiva ou de oposição.”

## 1. A AUDITORIA COMO VOCAÇÃO MÉDICA

Segundo Dr. Márcio, poucos médicos iniciam a carreira com o desejo de se tornar auditores. A maioria, como ele próprio, encontra esse caminho ao longo da jornada, por meio das oportunidades e demandas do sistema de saúde. No entanto, ele enfatiza que a auditoria médica exige mais do que técnica: é preciso vocação e rigor ético.

**Dr. Márcio:** A auditoria precisa ser vocacional. Talvez seja a área mais vocacional do ato médico, porque envolve uma responsabilidade tão grande. A escolha precisa ser muito bem feita.”

Dr. Márcio reforçou que, apesar de sua base técnica, a auditoria não pode ser exercida apenas com conhecimento teórico. Exige maturidade ética e compromisso com o equilíbrio entre o cuidado ao paciente e a sustentabilidade do sistema.

Outro ponto relevante é a complexidade do ambiente normativo em que atua o médico-auditor. Enquanto o médico-assistente se pauta exclusivamente pelas normas dos conselhos de medicina — regionais e federal —, o auditor também deve atender às exigências da **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Isso amplia a sobreposição de normas e, por vezes, gera conflitos interpretativos.

**Dr. Márcio:** Nem sempre essas regras são tão conciliadas e claras em suas intersecções. Talvez esse seja um grande ponto de divergência entre o médico-assistente e o médico-auditor.”

O médico-auditor, portanto, está submetido a um sistema regulatório mais amplo e, ao mesmo tempo, mais exigente. Ele deve atuar com isenção e transparência. Receber bonificações por glosas, por exemplo, é terminantemente vedado pelo Código de Ética Médica.

**Dr. Márcio:** É ilógico pensar que alguém vai cercear um atendimento em prol de lucros. Isso é absolutamente inaceitável.”

Além disso, o auditor não pode alterar prescrições ou solicitações médicas por conta própria, exceto em casos extremos, como risco iminente de morte. Mesmo ao identificar uma não conformidade, sua ação deve seguir os limites éticos e regulamentares, evitando intervenções arbitrárias na conduta assistencial de outro profissional.

## 2. O LIMITE DA ASSISTÊNCIA E A REALIDADE DAS OPERADORAS

As operadoras de saúde, por sua vez, estão obrigadas a oferecer cobertura conforme o rol de procedimentos e eventos da ANS, como determina a Resolução

nº 566/2022. Isso define um escopo assistencial obrigatório, mas limitado, o que impacta diretamente nas análises dos auditores.

**Dr. Márcio:** Não existe assistencialismo universal. Existe um escopo definido, com base em projeções atuariais. É a partir dessa lista que as operadoras calculam os custos e os preços dos planos.

Em outras palavras, não é possível aprovar tudo. Nem todos os procedimentos estão previstos no rol, e a negativa, nesses casos, não é fruto de descaso ou descuido — mas de responsabilidade administrativa e legal.

Outro desafio é o cumprimento dos prazos regulatórios, como o tempo máximo de liberação para consultas com especialistas ou exames. Esse fator, aliado à limitação de recursos administrativos, torna a comunicação entre auditores e médicos assistenciais ainda mais difícil.

“As operadoras estão em sérias dificuldades financeiras. Isso é o que o médico-auditor vivencia todos os dias, de forma subliminar. Há uma enorme demanda regulatória e pouco tempo para resolver tudo.”

O impacto dessa crise é evidente. A análise de solicitações costuma ocorrer perto do fim dos prazos legais, dificultando ainda mais o contato com os profissionais assistenciais, que nem sempre estão disponíveis em horário comercial. Isso contribui para o ambiente de tensão e desconfiança entre os dois lados.

Por fim, Dr. Márcio alerta para a banalização de práticas médicas pouco fundamentadas, dando como exemplo o uso indiscriminado de exames laboratoriais:

**Dr. Márcio:** É incompreensível que a vitamina D seja o quinto marcador sérico mais solicitado no país. Isso não tem justificativa clínica. Esse é o retrato das más práticas que vemos no dia a dia.

### 3. MÁS PRÁTICAS, SOBREDIAGNÓSTICO E O PAPEL DA AUDITORIA

Ao aprofundar os desafios enfrentados pela saúde suplementar, Dr. Márcio destacou a existência de más práticas associadas à prescrição de medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais, muitas vezes ligadas a interesses comerciais escusos. Casos de médicos presos por envolvimento com distribuidores de materiais ilustram uma realidade desconfortável e alarmante.

**Dr. Márcio:** Vivemos sob um lobby científico enorme, com tecnologias sendo incorporadas sem evidência concreta de benefício — apenas para aumentar custos. É o auditor quem precisa identificar tudo isso para garantir a sustentabilidade do sistema.

A prática médica brasileira ainda é marcada por um número expressivo de **eventos adversos evitáveis**, e grande parte dos tratamentos oferecidos são desnecessários ou refletem o fenômeno do **sobrediagnóstico** — o que motivou o surgimento da chamada **prevenção quaternária** (P4), voltada à contenção de intervenções excessivas.

Nesse cenário, a auditoria médica se configura como a última instância capaz de bloquear condutas assistenciais indevidas, dada a fragilidade ou ausência de mecanismos eficazes em outras esferas institucionais.

**Dr. Márcio:** Temos uma política assistencialista que não é compatível com a capacidade financeira do sistema suplementar. E os médicos, infelizmente, não recebem formação adequada sobre sustentabilidade assistencial.

Segundo o palestrante, a ausência dessa formação na grade curricular das escolas médicas contribui para o comportamento excessivamente expansivo de prescrições no setor suplementar — comportamento muitas vezes justificado por boas intenções, mas que desconsidera os limites econômicos do sistema.

**Dr. Márcio:** Não dá para generalizar, claro. Mas vemos médicos que atuam com extrema proatividade no SUS e, ao migrarem para a saúde suplementar, mantêm esse assistencialismo em nível máximo, porém sem o mesmo senso de responsabilidade financeira.

Além disso, existe uma compreensão equivocada da auditoria médica dentro da própria classe médica. Muitos desconhecem seu papel regulador e a confundem com um agente de restrição. Para Dr. Márcio, é essencial lembrar que, assim como em todas as áreas, há bons e maus profissionais tanto na assistência quanto na auditoria. O diálogo e o respeito entre os dois lados precisam ser fortalecidos.

#### 4. A CRISE ECONÔMICA E A RELEVÂNCIA DA AUDITORIA

Com base em dados da ANS, Dr. Márcio trouxe um panorama econômico preocupante. Em 2023, a sinistralidade média das operadoras de saúde brasileiras chegou a **86,6%** — ou seja, as empresas gastaram quase todo o valor arrecadado com os cuidados aos beneficiários. A isso, soma-se o custo administrativo (em torno de 9% a 10%), o que eleva o gasto total das operadoras para cerca de 96% da receita.

**Dr. Márcio:** A margem das operadoras é mínima. No terceiro trimestre de 2023, 34% das operadoras estavam no vermelho. Um terço de todo o setor.

Essa realidade coloca em xeque a viabilidade da saúde suplementar no Brasil, que atende apenas **25% da população**. Diante disso, a auditoria médica surge como uma ferramenta essencial para conter desperdícios, priorizar boas práticas e contribuir para a **sustentabilidade do sistema**.

O alerta mais contundente veio ao final dessa seção, ao enfatizar a origem de todos os custos no sistema de saúde:

**Dr. Márcio:** Todo o custo da saúde provém de uma prescrição médica. Cem por cento. De um carimbo e de uma assinatura.

Dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) reforçam esse cenário: entre 2014 e 2017, cerca de 19% dos gastos da saúde suplementar estavam relacionados a fraudes e desperdícios. Em outras palavras, quase um quinto de todo o dinheiro investido no setor é mal utilizado.

**Dr. Márcio:** Diante desse cenário, só há uma atividade médica capaz de intervir diante dessa situação: a auditoria.

#### 5. CORRUPÇÃO, SUSTENTABILIDADE E O PAPEL CRÍTICO DA AUDITORIA

Na visão de Dr. Márcio, é essencial que a auditoria médica deixe de ser vista como um instrumento punitivo ou cerceador e passe a ser compreendida como um

ato de sustentabilidade da saúde. Em um sistema onde os recursos são finitos, não há espaço para desperdícios — e, quando eles ocorrem, não são inofensivos.

**Dr. Márcio:** Não existe desperdício real na saúde. Quando há perda financeira, alguém está lucrando. Sempre.

Segundo ele, raramente há desperdício sem beneficiário. Medicamentos vencidos, por exemplo, já foram pagas. Órteses e próteses solicitadas indevidamente foram faturadas. Por trás dessas distorções, existe uma lógica perversa que transforma a má prática em lucro. E nesse cenário, só a auditoria médica tem condições estruturais e legais para atuar como barreira efetiva.

O médico citou um estudo publicado pela *The Lancet*, que trata da corrupção no sistema de saúde como uma pandemia invisível e sistematicamente ignorada. Segundo os dados apresentados, a corrupção global no setor de saúde é responsável pela morte de cerca de 140 mil crianças por ano.

**Dr. Márcio:** A corrupção na saúde é o segredo aberto. Ela só pode ser enfrentada pela auditoria médica.

A partir desse panorama, Dr. Márcio propôs uma reflexão provocativa: a quem realmente interessam as boas práticas? Se fosse possível eliminar fraudes e desperdícios, estimados em cerca de 20% da saúde suplementar, os custos para os pacientes poderiam ser significativamente reduzidos. No entanto, ele questiona: hospitais, laboratórios, indústrias e até mesmo os médicos aceitariam uma redução de 20% em suas receitas?

**Dr. Márcio:** Essa é a pergunta que não quer calar. Quem realmente está disposto a abrir mão de parte do ganho em nome de uma prática mais justa e sustentável?

A resposta é dura, mas clara: apenas o paciente se beneficiaria diretamente de um sistema mais ético e equilibrado. Por isso, sustenta que o discurso de sustentabilidade, apesar de amplamente difundido, ainda não se traduz em ações práticas e coerentes.

**Dr. Márcio:** Não existe palestra sobre medicina em que não se fale sobre sustentabilidade. A questão é: quem está disposto a sair da retórica e colocar isso em prática?

## 6. EVENTOS ADVERSOS E A INVISIBILIDADE DOS ERROS

Complementando sua análise, Dr. Márcio trouxe à tona o estudo “Erros Acontecem”, do Instituto de Saúde Suplementar, que trata dos eventos adversos evitáveis na prática médica. Apesar da gravidade, os dados raramente ganham espaço nos debates públicos.

**Dr. Márcio:** São números pouco midiáticos, pouco explorados, mas alarmantes.

Ele citou dados norte-americanos que mostram que **1 milhão de pacientes internados nos Estados Unidos são vítimas de erros evitáveis todos os anos**. Estima-se que o erro médico seja a **terceira principal causa de morte** no país. Entre os eventos adversos registrados:

- 3,7% das internações resultam em erro;
- 69% desses erros seriam evitáveis;
- 27% decorrem de negligência;
- E há um erro de medicação por paciente internado, por dia.

Esses números reforçam o argumento de que a auditoria médica — além de ser um mecanismo de regulação financeira — é, sobretudo, um instrumento de proteção à vida e à segurança do paciente.

## 7. A AUDITORIA MÉDICA E A DETECÇÃO DE ERROS ASSISTENCIAIS

A preocupação com a ocorrência de eventos adversos não é exclusiva do Brasil. Dados globais apontam que, a cada 421 milhões de internações, cerca de 10% resultam em eventos adversos — falhas muitas vezes evitáveis, que afetam direta e negativamente a vida dos pacientes. Mas, afinal, quem é responsável por rastrear esses dados e agir preventivamente?

No Brasil, grande parte dessa tarefa é realizada pelas operadoras de saúde, por meio de seus médicos auditores. Dr. Márcio compartilhou sua experiência à frente de um grupo de auditores que atuam in loco em hospitais, acompanhando processos, detectando falhas e organizando reuniões periódicas com instituições para aprimorar as práticas clínicas.

**Dr. Márcio:** A auditoria médica faz toda essa atividade em prol do paciente, em prol das boas práticas assistenciais.”

O contraste com o cenário norte-americano é significativo: praticamente 100% dos hospitais nos Estados Unidos têm algum tipo de acreditação, prestando contas de seus indicadores a instituições reguladoras. No Brasil, a realidade é muito diferente.

Segundo dados de 2015, dos 6.150 hospitais cadastrados no país, apenas 313 tinham algum tipo de acreditação reconhecida, como a da Joint Commission, da Acreditação Canadense, da ONAM ou do método INAHO. E mesmo esse número pode ser inflado, já que algumas instituições detêm mais de uma certificação. No fim das contas, isso representa menos de 5% do total.

**Dr. Márcio:** Ou seja, 95% dos hospitais não prestam contas formais sobre qualidade e segurança. Isso reforça o papel imprescindível da auditoria como guardiã das boas práticas.

Em um cenário de baixa regulação formal, a auditoria médica assume papel estratégico, especialmente na **análise de unidades críticas, como UTIs**. Um levantamento de 2011 revelou que havia **139 eventos adversos a cada mil pacientes/dia internados em UTI de adultos** — o que representa um custo prevenível estimado em **R\$ 10,9 bilhões por ano** no Brasil.

É importante destacar que nem todo evento adverso decorre de uma má prática, mas muitos poderiam ser evitados. E é justamente nesse ponto que a auditoria médica ganha relevância: ao identificar padrões de risco, propor correções e garantir o alinhamento com os protocolos baseados em evidência.

## 8. PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E O COMBATE AO MEDICOCENTRISMO

Dr. Márcio abordou ainda o conceito de **prevenção quaternária**, que busca proteger o paciente da exposição desnecessária a intervenções médicas — sejam elas exames, tratamentos ou cirurgias que não tragam benefício real e ainda impliquem riscos. No Brasil, segundo ele, não há um órgão institucional com capacidade plena para evitar

que pacientes sejam submetidos a tratamentos desnecessários após deixarem o consultório médico. Sociedades, hospitais e conselhos têm limitações legais ou operacionais.

**Dr. Márcio:** A única instância com estrutura e atribuição para intervir nesse momento é a auditoria médica. É ela quem pode, por meio de análise técnica e regulatória, impedir um procedimento sem justificativa.

Esse papel, no entanto, ainda enfrenta forte resistência cultural. O medicocentrismo — termo usado por Dr. Márcio — descreve a percepção de que o médico assistente deve estar no centro das decisões, e que todos ao redor devem apenas viabilizar suas escolhas. Tal postura dificulta o diálogo com a auditoria e gera desconfortos sempre que uma conduta é questionada.

**Dr. Márcio:** Eu mesmo já tive essa visão. Quando não se vive o problema, é fácil apontar culpados e propor soluções simplistas.

A mudança dessa mentalidade exige maturidade profissional e compreensão de que o sistema de saúde suplementar é sustentado por um modelo mutuário. Ou seja, o que um paciente paga raramente cobre sozinho os custos de sua eventual internação. Ele depende da contribuição de todos os outros beneficiários.

“É o respeito ao dinheiro do outro. O médico precisa ter esse compromisso com o coletivo, sem abrir mão dos melhores tratamentos — mas com responsabilidade.”

## 9. ENTRE BOAS PRÁTICAS E CONFLITOS: O PAPEL DO MÉDICO, DA AUDITORIA E DOS CONSELHOS

Dr. Márcio reforçou, em sua fala, um ponto central: nenhum milímetro deve ser negligenciado na busca pelo melhor tratamento baseado em evidências científicas. O compromisso com a qualidade da assistência é inegociável. No entanto, na prática cotidiana, observa-se um distanciamento entre esse ideal e a realidade do sistema suplementar.

Para ilustrar esse descompasso, ele utilizou uma metáfora visual:

**Dr. Márcio:** É como um barco afundando. Um grupo rema desesperadamente, enquanto o outro — mais protegido — diz: ‘ainda não chegou na gente’. Mas o barco é o mesmo.

A metáfora representa bem o cenário atual da relação entre médicos assistenciais e auditores. Segundo ele, ainda não há uma fluidez nem uma convivência harmônica entre essas duas frentes, e o ambiente segue marcado por desconfiança e antagonismo.

**Dr. Márcio:** O conflito é bem-vindo. O contraditório é produtivo. Mas ainda falta maturidade profissional para compreender o papel da auditoria médica, quando corretamente exercida.

O palestrante destacou que as boas práticas médicas são definidas exclusivamente pelos Conselhos de Medicina — órgãos que regulam e estabelecem os limites da atuação médica no Brasil. Nesse sentido, a opinião pessoal do profissional jamais pode se sobrepor às resoluções institucionais.

“O Código de Ética é claro: é vedado ao médico desobedecer às resoluções dos conselhos. E são mais de duas mil registradas. É humanamente difícil conhecer todas, mas somos obrigados a segui-las.”

Ele compartilhou, inclusive, uma diretriz do CRM de Alagoas que afirma que a liberdade profissional do médico não significa permissão para fazer o que quiser, mas apenas o que pode defender e sustentar como necessário aos cuidados do paciente. Isso reforça o caráter regulado da profissão, em oposição à ideia de autonomia ilimitada.

Nesse contexto, volta à tona o exemplo da prescrição indiscriminada de vitamina D, que Dr. Márcio utiliza como símbolo de uma prática injustificável, mas comum — e pouco fiscalizada fora do ambiente das operadoras.

**Dr. Márcio:** A sociedade não tem estrutura para fiscalizar isso. Os conselhos só atuam quando provocados. Quem vê tudo no dia a dia é a auditoria médica.

## 10. A FALTA DE FORMAÇÃO E A DESVALORIZAÇÃO DO AUDITOR

Apesar da enorme responsabilidade que carrega, o *médico-auditor não é, até recentemente, reconhecido como uma especialidade médica regulamentada*. Não há residência formal, currículo estruturado, ou critérios uniformes de proficiência. O próprio Dr. Márcio relatou:

**Dr. Márcio:** Nunca fiz um curso específico de auditoria. Fiz gestão em saúde, e o resto aprendi estudando resoluções. A qualificação é um desafio constante.

Esse vácuo de formação contribui para o ceticismo que parte dos médicos assistenciais nutrem em relação aos auditores. E a falta de consenso entre os próprios conselhos regionais aprofunda o problema.

Como exemplo, citou o caso de médicos que consultaram o CRM de Rondônia sobre o uso do termo “médico-auditor” no carimbo profissional. A resposta foi negativa. Já o CRM de São Paulo não encontrou impedimento algum para o uso da designação.

**Dr. Márcio:** Como podemos ter representatividade e confiança se há essa desarticulação entre os próprios conselhos?

Para ele, o momento exige valorização, formação e doutrinação dos médicos que atuam com auditoria, dada a importância crescente desse campo para a sustentabilidade da saúde suplementar.

## 11. DIRETRIZES E CUSTO-EFETIVIDADE: A BASE DAS BOAS PRÁTICAS

Encerrando esse trecho da exposição, Dr. Márcio recorreu a uma resolução do CREMESP que, segundo ele, sintetiza com precisão o que se entende por boas práticas médicas. Publicada em resposta à crise da chamada “máfia das próteses”, a norma estabelece que toda prescrição — seja de medicamento, órtese, prótese ou material especial — deve ser fundamentada em evidência científica e necessidade clínica.

**Dr. Márcio:** “Quando houver mais de uma opção terapêutica, a escolha médica deve ser baseada em diretrizes científicas e em estudos de custo-efetividade. Isso não é facultativo.

A lógica é simples: oferecer ao paciente o melhor resultado clínico, com o menor custo possível. Essa abordagem — padrão em sistemas como o NHS (Reino Unido) e as diretrizes do NICE —, no entanto, ainda não é culturalmente adotada de forma ampla no Brasil, especialmente dentro das operadoras de saúde.

**Dr. Márcio:** Essa racionalidade — que aplicamos em casa todos os dias — ainda não está no cerne da prática médica no sistema suplementar.

## 12. AUDITORIA MÉDICA: CIÊNCIA, SUSTENTABILIDADE E ENFRENTAMENTO DAS DISTORÇÕES

Para Dr. Márcio, a **fórmula das boas práticas é simples**: medicina baseada em evidência, diretrizes científicas e análise de custo-efetividade. Essa tríade, segundo ele, é o que **traz sustentabilidade** e organiza sistemas de excelência como o *National Health Service* (NHS), do Reino Unido, onde todos os protocolos são estruturados por evidência sólida e racionalidade econômica.

**Dr. Márcio:** O difícil não é entender. O difícil é executar.

No contexto da saúde suplementar brasileira, as operadoras ainda se baseiam no **rol de procedimentos da ANS** para balizar suas autorizações. Assim, a atuação da auditoria médica deve estar **sempre orientada por esses três pilares**: evidência científica, custo-efetividade e conformidade com o rol.

No entanto, há uma **realidade incômoda** no sistema: a presença de uma **lógica comercial perversa** que compromete a integridade da prática médica.

### *A Indústria das Tecnologias Inúteis*

Dr. Márcio mencionou o documentário *Operação Enganosa*, disponível na Netflix, como um exemplo claro da banalização da tecnologia médica sem validação científica. O filme expõe como novas tecnologias são introduzidas no mercado sem estudos clínicos robustos — muitas vezes causando mais malefício do que benefício.

**Dr. Márcio:** É a auditoria médica que tem que estar atenta a isso. Que precisa inibir essas incorporações que aumentam o custo e não trazem nenhum ganho clínico.

Esse tipo de prática, além de prejudicar os pacientes, aumenta os custos da saúde suplementar, dificultando o acesso de novos beneficiários e fragilizando o sistema como um todo.

### *Máfia da Prótese e Corrupção Estrutural*

Dr. Márcio não hesitou em denunciar um dos pontos mais críticos de sua especialidade: a **“máfia da prótese”**. Ele compartilhou que, como ortopedista e gestor nacional de regulação de OPME, recebe frequentemente **propostas indevidas de distribuidores**.

**Dr. Márcio:** Minha especialidade é recheada de benefícios secundários. Recebo visitas com oferta de propina. Isso é muito desconfortável — e real.

Casos como esses mostram que a corrupção **não é exceção**, mas parte da rotina em muitos setores da saúde. Ele ressaltou que, recentemente, houve um **“boom” midiático** em torno das fraudes nas operadoras — algo que, paradoxalmente, foi **uma das poucas ações positivas em prol da integridade do setor**.

**Dr. Márcio:** É uma gama enorme de ofertas assistenciais com desfechos incertos, procedimentos duvidosos, e exploração comercial da saúde suplementar.

### *O Limite da Autoridade do Auditor*

Apesar da gravidade das situações relatadas, Dr. Márcio ressaltou que o médico-auditor tem prerrogativas bem delimitadas. Ele não pode simplesmente negar procedimentos ou alterar pedidos médicos por conta própria. Apenas três condições permitem essa intervenção:

- Conciliação com o médico assistente, quando há abertura para diálogo técnico;
- Encaminhamento para junta médica — obrigatoriamente composta por especialista da área, que arbitra sobre a pertinência do procedimento;
- Não inclusão no rol de procedimentos da ANS, o que legalmente justifica a negativa.

**Dr. Márcio:** Ninguém pode negar um código, um parafuso ou um exame sem consentimento ou junta médica. Essa é a boa prática regulatória.

Porém, ele reconhece que nem sempre há harmonia entre a regulamentação da ANS e os regramentos dos Conselhos de Medicina, o que gera insegurança jurídica e conflitos éticos na atuação dos auditores.

### 13. DIVERGÊNCIAS REGULATÓRIAS E O PAPEL DA JUNTA MÉDICA

Na parte final de sua apresentação, Dr. Márcio abordou uma das principais fontes de conflito entre médicos assistenciais e médicos auditores: a falta de harmonização entre os regramentos da ANS e os do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A **Resolução ANS nº 424/2017**, por exemplo, detalha o rito para composição de juntas médicas, que atuam como mecanismo de desempate diante de uma negativa. Já a **Resolução CFM nº 2.318/2022** apenas cita a existência da junta médica, mas não estabelece consequências práticas nem diretrizes claras para sua atuação.

**Dr. Márcio:** O regramento da ANS é mais qualificado. O do Conselho é vago, pouco doutrinado. Isso gera insegurança e desconforto entre os profissionais.

Essa lacuna normativa aumenta os atritos e amplia a insegurança jurídica na relação entre operadoras e médicos, dificultando o entendimento sobre os limites da atuação da auditoria e do próprio assistencialismo.

### 14. A MULTIPLICAÇÃO DE CÓDIGOS E O EXCESSO DE GLOSAS

Dr. Márcio apresentou um exemplo concreto: o manual de cirurgia de coluna, especificamente no tratamento da espondilolistese lombar. Segundo ele, há um código exclusivo que cobre todo o procedimento, mas diretrizes de algumas sociedades médicas indicam múltiplos códigos — incluindo tempos cirúrgicos que, pela regulamentação do CFM, não deveriam ser cobrados separadamente.

**Dr. Márcio:** Como uma diretriz de três sociedades médicas pode divergir tanto de uma resolução do Conselho? Isso alimenta o conflito.

O resultado prático dessa fragmentação é o aumento das glosas — negativas parciais ou integrais de pedidos médicos. Dados da operação nacional coordenada por Dr. Márcio revelam um cenário preocupante:

- 25% dos pedidos ortopédicos vão para juntas médicas;
- 41% desses têm negativa total de materiais, com parecer de desempataadores da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia;
- 79,9% dos pedidos de cirurgias de coluna são analisados por junta médica;
- 57% recebem negativa total de materiais solicitados.

**Dr. Márcio:** É um excesso absoluto de práticas questionáveis, principalmente envolvendo materiais cirúrgicos.

Dr. Márcio foi enfático: “*só a auditoria médica tem estrutura para intervir nesses casos*”, ainda que frequentemente mal compreendida pelos próprios pacientes, que a interpretam como cerceamento de acesso.

## **15. ENCERRAMENTO: TRANSPARÊNCIA, PROTOCOLO E ABERTURA**

Para encerrar sua fala, Dr. Márcio reiterou que “*apenas com diretrizes assistenciais claras, baseadas em evidência e custo-efetividade*”, será possível conquistar maior sustentabilidade e segurança jurídica no sistema de saúde suplementar.

**Dr. Márcio:** Só com protocolos bem definidos e respeitados pelos médicos poderemos alcançar um sistema mais justo e sustentável.

Colocando-se à disposição de todos os presentes, forneceu novamente seus contatos, reforçando sua abertura ao diálogo, à troca de experiências e ao debate ético.

### ***Reconhecimento e Reflexão Final***

O Dr. Leonardo Emílio, moderador da aula, agradeceu enfaticamente a exposição:

**Dr. Leonardo:** Espetacular, Márcio! Uma aula muito rica, que traz informações essenciais para quem atua com saúde suplementar. A auditoria não é serviço sujo — é trincheira contra a má prática.

Aproveitou o momento para compartilhar uma atualização importante: a **Resolução CFM nº 2.330/2023** reconheceu oficialmente a auditoria médica como especialidade médica. Embora ainda faltem definições sobre residência e formação, o reconhecimento já **autoriza o uso do título “auditor-médico”** por profissionais devidamente registrados.

Dr. Leonardo: Isso é uma conquista. Mais um passo para valorizar e consolidar a auditoria médica como campo essencial dentro da prática médica contemporânea.

Em seguida, passou a palavra ao Dr. Donaldy Sampaio, cardiologista e auditor da Unimed Goiânia, que também contribuiu com reflexões — dando sequência à discussão que marcou o encerramento desta importante aula do curso.

## **UM DIÁLOGO ENTRE PAIXÃO, REALIDADE E REGRAS**

A participação do Dr. Donaldy Sampaio, cardiologista e auditor da Unimed Goiânia, trouxe um contraponto vivencial à fala de Dr. Márcio. Com tom descontraído, iniciou destacando as limitações estruturais da própria auditoria médica no Brasil:

**Dr. Donaldy:** Estamos, em muitos lugares, ainda na década de 70. Auditoria em papel, caneta azul para autorizar, caneta vermelha para glosar.”

Segundo ele, “*até mesmo as operadoras de saúde enfrentam desafios*”, com processos internos e sistemas de informação ainda defasados. A lentidão na modernização contribui para a dificuldade de se alcançar boas práticas de maneira plena e integrada.

Apesar disso, Dr. Donaldy compartilha o mesmo entusiasmo pela auditoria:

**Dr. Donaldy:** É uma prática bonita, apaixonante. Quem faz, se apaixonou. Assim como a cardiologia clínica: você lê, interpreta, entende, cada caso é único.

Com humor, comparou o estigma que os auditores enfrentam:

**Dr. Donaldy:** O auditor é aquele cara que vai na festa e não consegue tomar uma cerveja sossegado — sempre tem alguém reclamando da glosa da pinça bipolar.

Mas reiterou: **a auditoria não é regida por simpatia ou antipatia, e sim por regras claras.** Autorizações e negativas se baseiam em normativas, protocolos e responsabilidade assistencial.

**Dr. Donaldy:** Quando autorizamos, não é porque somos bonzinhos. Quando negamos, não é por maldade. Cumprimos uma regra, buscando sempre o melhor para o paciente — dentro do que é possível, dentro do que está previsto.

### **O Valor da Boa Justificativa**

O diálogo seguiu com Dr. Márcio reforçando um problema recorrente: *“a baixa qualidade na documentação das solicitações médicas”*. Falta clareza na justificativa, muitas vezes substituída por termos genéricos como “lesão de menisco”, sem detalhamento clínico que respalde a necessidade da intervenção.

**Dr. Márcio:** Falta educação na descrição das solicitações. Não de educação no trato — mas na qualificação documental mesmo. Isso compromete muito.

**Dr. Donaldy** complementou com um exemplo: Recebemos pedido com ‘avaliação’ escrito com dois ‘s’, solicitando cirurgia de coluna em três níveis. Como validar isso?”

### **Duas Regras Simples**

Para encerrar, Donaldy compartilhou um resumo prático do que orienta a auditoria médica na sua essência:

#### **1. Se é bem indicado e foi feito, a gente paga.**

“Um hemograma mal indicado é caro. Uma cirurgia de um milhão de reais bem indicada, está no preço.”

#### **2. Avaliam-se sempre sete itens:**

- Diárias
- Taxas
- Materiais
- Medicações
- Exames
- OPMS (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)
- Honorários médicos

Esses são os **elementos centrais de análise em qualquer conta médica** submetida à auditoria.

## **CONCLUSÃO**

A Aula 4 do Curso de Boas Práticas Médicas do CREMEGO ofereceu uma rara combinação de franqueza, profundidade técnica e comprometimento ético. A relação entre médico-assistente e médico-auditor, embora marcada por tensões

históricas, revela-se fundamental para a sustentabilidade da saúde suplementar e para a proteção do paciente.

Com dados concretos, experiências pessoais e reflexões institucionais, Dr. Márcio de Castro Ferreira e Dr. Donaldy Sampaio demonstraram que a auditoria médica é, antes de tudo, um ato de cuidado responsável, baseado em ciência e ética.

### *Remuneração, Sustentabilidade e o Valor do Desfecho*

A última parte da aula foi dedicada a um tema central para o futuro da saúde suplementar: a remuneração médica baseada em valor e desfecho. Dr. Leonardo provocou o debate ao destacar que a redução de custos beneficia o paciente, mas também pode resultar em melhor remuneração para o médico — desde que haja qualidade no serviço prestado.

“É o próximo passo: trocar volume por valor. Valorização do procedimento médico com base no desfecho.”

Dr. Márcio concordou, ressaltando que a **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** já promove, desde 2019, projetos-piloto com modelos de remuneração por performance, baseados na teoria de Michael Porter. Ele compartilhou sua experiência com o programa de artroplastia do AGACOR, onde os desfechos são mensurados e comparados entre hospitais.

Apesar disso, reconhece que o sistema ainda não está maduro para trabalhar com transparência de indicadores:

“A publicidade dos desfechos não faz parte da vida assistencial. Ninguém quer perder. Ninguém quer mostrar resultado ruim.”

Dr. Márcio explicou que, como o custo da saúde é fixo (a “pizza” já repartida), a única forma do médico melhorar sua remuneração é diminuindo o custo das demais fatias — OPME, hospital, medicação — sem comprometer o desfecho. Isso exige colaboração e aproximação com as operadoras, em vez de oposição.

“O médico deveria se aproximar mais das operadoras, e menos de quem oferece benefícios secundários.”

Dr. Donaldy complementou com um diagnóstico realista: não há dinheiro novo circulando, e os modelos de remuneração estão defasados em até dez anos. Muitas operadoras ainda utilizam tabelas CDHPM de 2010 ou 2012, mesmo diante do aumento vertiginoso de custos com novas tecnologias e medicamentos de alto custo.

“Falar de lucro não é feio. É remuneração. A gente vive disso.”

Ele destacou que a falta de formação médica em economia e gestão contribui para práticas desconectadas da realidade orçamentária do sistema, tanto público quanto privado.

“Temos que aprender a colocar o recurso onde ele deve estar. E valorizar o médico com base nisso.”

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Encerrando a aula, Dr. Leonardo agradeceu aos dois palestrantes e destacou a relevância do conteúdo:

“Foi espetacular. Uma aula rica, que eu vou assistir algumas vezes. Obrigado por compartilharem tanto conhecimento.”

Dr. Márcio reforçou sua visão de que “*todo médico deveria vivenciar a experiência da auditoria*”, mesmo que brevemente, para compreender a complexidade da gestão assistencial em larga escala.

“Só quando somos responsáveis por milhares de vidas, entendemos de fato a importância da sustentabilidade.”

Ele defendeu que a “*auditoria médica seja integrada à formação do médico ainda na graduação*”, como parte da consciência ética e estrutural do sistema de saúde.

“Quereria eu ter tido essa oportunidade durante minha formação.”

Por fim, colocou-se à disposição de todos os participantes, com contatos abertos para dúvidas, trocas e colaborações.

Dr. Donaldy, com brevidade e afeto, encerrou: Márcio, um prazer te conhecer. Somos dois apaixonados pela auditoria. Que todos que assistirem a essa aula entendam: o auditor também é médico. Também cuida. Também tem coração.

**Dr. Leonardo:** Muito obrigado a todos pela presença, lembrando que a nossa aula fica gravada no canal do YouTube do CREMEGO, então já é a quarta aula, estamos caminhando para a quinta aula dia 20 de fevereiro, 19 horas, sobre LGPD. Então vamos ter o nosso colega Ildeu, que é um ortopedista. O Márcio o conhece bem, lá de Minas Gerais, ele é vice-presidente do CREMEGO, do Conselho Regional de Medicina do estado de Minas Gerais. Ele vai falar para nós sobre Lei Geral de Proteção de Dados na CREMEGO. Boa noite a todos. Márcio, foi um presente, uma boa noite. Fiquem com Deus e até dia 20 de fevereiro, 19 horas.

Dr. Márcio e Dr. Donaldy: Obrigado, um abraço, boa noite a todos, tchau, tchau, até a próxima!

## INFORMES FINAIS

Ao final desta apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de enviar perguntas e comentários por meio do *chat* ao vivo, promovendo uma discussão enriquecedora sobre o tema.

Esta aula, assim como as demais do programa, está disponível no canal oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás no *YouTube*, podendo ser consultada a qualquer momento para aprofundamento ou revisão do conteúdo; ver a aula íntegra através do link informado na abertura do capítulo.

No próximo capítulo, abordaremos o tema: **[Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) no Atendimento Médico]**.



# [Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) no Atendimento Médico]

Moderador: Dr. Leonardo Emílio

Palestrantes: Dr. Ildeu Almeida

Data: 20 de fevereiro de 2023

Local: Goiânia – GO

Link: [https://www.youtube.com/watch?v=-\\_SM98FwPq4&t=27s](https://www.youtube.com/watch?v=-_SM98FwPq4&t=27s)

Esta aula foi ministrada em 20 de fevereiro de 2023, durante o Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. O tema abordado neste encontro foi *Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) no Atendimento Médico* com apresentação do Dr. Leonardo Emílio [diretor científico do CREMEGO] e Dr. Ildeu Almeida (CRM/MG 26028).

A seguir, apresentamos a transcrição adaptada e revisada da aula, com ajustes para maior clareza e fluidez, mantendo a fidelidade ao conteúdo original.





## [LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD) NO ATENDIMENTO MÉDICO]

Inicialmente, o Dr. Leonardo apresentou o tema da **antepenúltima aula**, a **quinta** do curso de Boas Práticas Médica com o assunto *Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) no atendimento médico*, um tema delicado e fundamental para a prática médica. Muitos profissionais ainda desconhecem aspectos essenciais da legislação, que afeta diretamente o manejo de prontuários, fichas de identificação e outras informações sensíveis que foi ministrada pelo Dr. Ildeu Almeida

**Dr. Leonardo:** Boa noite a todos!

Chegamos à penúltima aula do curso trata de um tema sensível, atual e extremamente relevante: a **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) no atendimento médico**. Tivemos o privilégio de contar com a participação do ortopedista Dr. Ildeu Almeida, também conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, que compartilhou seus conhecimentos sobre a aplicação prática da LGPD na medicina.

**Dr. Ildeu:** Assunto espinhoso, sensível, mas absolutamente necessário. Muitos médicos talvez ainda desconheçam os impactos da lei na prática clínica, desde o manuseio de prontuários até o preenchimento de fichas de identificação” — observou o moderador Dr. Leonardo Emílio, ao abrir a aula.

Dr. Leonardo também agradeceu, em nome do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e da presidente, Dra. Sheila Lustosa, a disponibilidade e parceria do colega palestrante:

**Dr. Leonardo:** Muito obrigado, doutor Ildeu, por mais uma vez estar conosco, enriquecendo esse curso com sua experiência e prontidão.

### INTRODUÇÃO À LGPD E SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA

Ao iniciar sua apresentação, Dr. Ildeu reconheceu os desafios de tornar o tema acessível:

**Dr. Ildeu:** Estamos lidando com uma lei jurídica, e leis, muitas vezes, são frias. Mas vamos tentar trazer esse conteúdo de forma palatável, com motivação e clareza, aproximando a discussão do dia a dia da prática médica.”

A Lei Geral de Proteção de Dados se insere em um novo cenário da medicina contemporânea, profundamente marcado pela velocidade da troca de informações

e pela superação das barreiras geográficas. A digitalização dos dados de saúde, os atendimentos remotos e a própria telemedicina tornam a aplicação da LGPD um tema urgente, com implicações diretas para o exercício profissional.

*“Hoje, a transmissão de dados ocorre em tempo real e, muitas vezes, à distância. Isso exige do profissional médico um entendimento não apenas clínico, mas também ético e legal quanto ao tratamento desses dados.”*

## 1. A LGPD E A PRÁTICA MÉDICA: O QUE É, FUNDAMENTOS E IMPLICAÇÕES

**Dr. Ildeu:** Hoje falaremos sobre a **Lei Geral de Proteção de Dados**, que se tornou essencial no contexto da medicina moderna. Com o avanço da tecnologia, a transmissão de informações ocorre em alta velocidade e ultrapassa fronteiras, tornando necessária uma regulamentação rigorosa sobre o uso dos dados sensíveis dos pacientes. Em paralelo, abordaremos também a telemedicina, que está diretamente relacionada à LGPD.

A **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)** foi aprovada pelo Senado Federal em agosto de 2020, mas sua obrigatoriedade efetiva de cumprimento só começou a vigorar em agosto de 2021. As sanções por descumprimento, previstas inicialmente para essa data, tiveram sua aplicação postergada em função das dificuldades técnicas enfrentadas por diversas instituições — especialmente no que se refere à adaptação de sistemas, softwares e recursos tecnológicos. Foi apenas a partir de setembro de 2022 que tais sanções começaram, de fato, a ser aplicadas. Tem como objetivo **proteger os bens mais valiosos do ser humano: seus dados pessoais**. No contexto da saúde, isso se torna ainda mais sensível, pois envolve dados íntimos e clínicos, indispensáveis à condução diagnóstica e terapêutica. Esses dados são classificados legalmente como **dados sensíveis**, exigindo tratamento rigoroso e ético.

## 2. O QUE PODE OU NÃO SER PERGUNTADO?

A LGPD provocou uma mudança cultural e prática no atendimento ao paciente. Questões aparentemente inofensivas, como perguntar o **peso** de um paciente na recepção, podem configurar **exposição indevida** ou **constrangimento público**, principalmente em ambientes compartilhados.

**Tabela 1:** Como fazer a solicitação sem violação da LGPD

Pode ser solicitado sem violar a LGPD	Deve ter justificativa clínica	Dados sensíveis com restrições
Nome, CPF, data de nascimento	Religião (em contextos clínicos como transfusão)	Raça, etnia, dados genéticos
Endereço, telefone, e-mail	Data da última menstruação (em casos ginecológicos ou obstétricos)	Preferência política, orientação sexual
Plano de saúde	Histórico de cirurgias (quando relevante ao caso)	Dados biométricos sem necessidade comprovada

Fonte: Elaboração própria

Dessa forma, as perguntas permitidas na recepção incluem apenas informações como CPF, data de nascimento, endereço e e-mail—dados essenciais para identificação, mas que não entram na categoria de informações sensíveis.

Por outro lado, os chamados dados sensíveis englobam informações como:

- Dados biométricos
- Origem racial ou étnica
- Crença religiosa

*“Os dados de saúde colhidos em consultório, seja pelo médico, seja pela equipe de apoio, como secretárias, devem respeitar os princípios de necessidade, adequação e finalidade definidos pela LGPD.”*

### **Dado anonimizado**

O dado anonimizado é aquele que, mesmo em um banco de dados, não pode ser relacionado a um indivíduo específico. Um exemplo prático seria um município que coleta as pressões arteriais de 10 mil pacientes para gerar uma média populacional. Se os dados forem processados de forma a não permitir a reidentificação dos indivíduos, trata-se de anonimização — **e esse dado, por definição, não é protegido pela LGPD.**

## **3. SIGILO MÉDICO E RESPONSABILIDADE ÉTICA**

O sigilo profissional continua sendo um pilar da ética médica. Segundo a Resolução CFM nº 1.605/2000, o médico não pode revelar, sem autorização do paciente, nenhuma informação obtida na consulta ou registrada no prontuário.

Casos emblemáticos:

- *WhatsApp* foi multado por órgão irlandês após compartilhamento indevido de informações entre aplicativos;
- *Amazon* pagou multa de US\$ 184 milhões (aproximadamente R\$ 4,5 bilhões na época) após disponibilizar cadastros de clientes para outra empresa com fins comerciais.

### **A quem se aplica a LGPD?**

A LGPD **se aplica a todos os agentes que lidam com dados pessoais:**

- Pessoas físicas e jurídicas;
- Profissionais autônomos e clínicas;
- Hospitais, laboratórios e consultórios;
- Órgãos públicos (municipais, estaduais e federais).

Portanto, nenhuma instituição médica está isenta. O cumprimento da LGPD deve ser compreendido como um dever ético e legal, com impacto direto na segurança do paciente e na confiabilidade da relação médico-paciente.

### Uso indevido de dados: um exemplo prático

Dr. Ildeu narrou um caso hipotético — porém plausível — para ilustrar um uso indevido de dados.

**Dr. Ildeu:** Imagine um paciente que realiza uma consulta oftalmológica e recebe o diagnóstico de miopia. O médico prescreve óculos, e logo após sair do consultório, ao entrar em um Uber, o paciente recebe uma propaganda de uma ótica oferecendo óculos para miopia. Coincidência? Não. Esse dado foi utilizado para um propósito diferente daquele para o qual foi originalmente coletado. Em vez de ser limitado ao tratamento de saúde, foi repassado para uso comercial, violando sua finalidade inicial.

*“Se esse dado clínico foi compartilhado sem consentimento, configura violação grave à LGPD — e isso pode gerar sanções e indenizações”,* alertou o palestrante.

## 4. FINALIDADE, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIDADES

O caso do paciente diagnosticado com miopia que, ao sair da consulta, recebe propaganda direcionada sobre óculos evidencia uma violação clara da LGPD. O dado foi coletado com uma finalidade médica, mas utilizado indevidamente com fins comerciais. Por isso, o **termo de consentimento** é essencial, pois deve explicitar, de forma clara e detalhada, como e para quais finalidades os dados do paciente serão utilizados, garantindo que o paciente entenda perfeitamente o que está autorizando.

Esse tipo de situação reforça a importância do consentimento informado, que deve ser:

- Livre;
- Informado;
- Inequívoco;
- Escrito em linguagem clara e acessível.

*“O paciente precisa compreender com exatidão qual dado está sendo colhido, para que finalidade e por quem será tratado.”*

**Tabela 2:** Principais Conceitos-chave da LGPD

Termo	Definição
Titular	Pessoa a quem se referem os dados pessoais.
Controlador	Responsável por tomar decisões sobre o tratamento de dados.
Operador	Pessoa ou empresa que realiza o tratamento dos dados conforme o controlador.

Fonte: Elaboração própria

Todos esses agentes compartilham a responsabilidade por qualquer violação à LGPD, e devem estar cientes de seus papéis e limites.

## 5. AMEAÇAS DIGITAIS E PROTEÇÃO DOS DADOS

**Dr. Ildeu:** Hoje, as empresas de saúde estão na mira de ataques cibernéticos, sendo alvo de hackers e, mais especificamente, de crackers — os hackers mal-intencionados que invadem sistemas para obter vantagens ilícitas. Diversas instituições já foram vítimas dessas ações, sofrendo o roubo de dados e, posteriormente, sendo chantageadas para pagar resgates financeiros a fim de evitar o uso indevido dessas informações.

Um exemplo prático dessa vulnerabilidade ocorre nos Conselhos de Medicina, que lidam com dados sensíveis, incluindo processos disciplinares. Existem condenações públicas e sigilosas: enquanto as primeiras são de conhecimento geral, as segundas são restritas ao próprio médico. No entanto, se essas informações sigilosas forem vazadas e se tornarem públicas, a responsabilidade recai sobre quem falhou na proteção dos dados. Esse risco tem levado empresas e instituições médicas a intensificarem investimentos em segurança digital para garantir a privacidade das informações.

Entre os casos emblemáticos, destacam-se:

- SUS, com vazamento de dados da vacinação contra a COVID-19.
- NHS (Reino Unido), que sofreu risco iminente de exposição de toda a base de dados sensíveis.

Outro ponto que merece atenção é a crescente captação de dados biométricos por dispositivos eletrônicos, como smartphones, relógios inteligentes e aplicativos que monitoram saúde. Esses aparelhos registram informações como número de passos, prática esportiva, frequência cardíaca e, em alguns casos, pressão arterial. O uso indevido dessas informações, por seguradoras de saúde, para ajustar prêmios de seguro com base em hábitos e riscos de saúde identificados por apps e dispositivos, **é ilegal sem o consentimento expresso do paciente.**

## 6. TELESÁUDE E LGPD E AS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS: UMA INTERSEÇÃO NECESSÁRIA

**Tabela 3:** Penalidades progressivas e severas previstas no descumprimento da LGPD

Sanção	Observações
Advertência	Primeira instância, geralmente sem aplicação de multa.
Multa	Pode chegar a R\$ 50 milhões por infração, dependendo da gravidade.
Proibição do tratamento	A empresa pode ser impedida de coletar ou tratar dados pessoais e sensíveis.

Fonte: Elaboração própria

O descumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados pode acarretar sanções severas, que variam desde advertências até a proibição da coleta e manipulação de informações, sejam elas pessoais ou sensíveis. As multas, no Brasil, podem chegar a

50 milhões de reais — valor significativo, mas que pode representar pouco impacto para grandes corporações.

Além disso, a transmissão de dados na medicina evoluiu consideravelmente, possibilitando atendimentos virtuais que rompem barreiras geográficas e trazem novos desafios para a proteção da privacidade dos pacientes. Diante desse cenário, é essencial que os profissionais da saúde estejam atentos à conformidade legal e às melhores práticas na manipulação de informações sensíveis.

A **Lei n. 14.510/2022**, que regulamenta a **telesaúde**, amplia o conceito da **telemedicina** e integra outros profissionais da saúde na prática digital: enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros.

A Lei da Telesaúde foi criada para regulamentar tal prática. Esse termo é mais amplo que telemedicina, pois abrange diversas atividades virtuais no setor de saúde, permitindo que enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e outros profissionais utilizem a tecnologia para atendimento remoto. Quando essa atuação é exclusiva dos médicos, utiliza-se o termo telemedicina.

Princípios fundamentais da telesaúde:

- **Autonomia profissional:** nenhum profissional é obrigado a atender virtualmente.
- **Consentimento digital:** o paciente deve autorizar expressamente, em ambiente virtual, o uso e compartilhamento dos dados.
- **Garantia do atendimento presencial:** deve estar disponível sempre que solicitado por qualquer das partes.
- **Valorização profissional:** atendimento remoto não justifica menor remuneração.
- **Segurança e qualidade:** o profissional deve ter ciência dos limites do atendimento virtual.
- **Confidencialidade** dos dados dos pacientes, reforçando a necessidade da LGPD.
- **Universalização do acesso**, permitindo que pacientes em áreas remotas obtenham diagnóstico e orientação de especialistas sem precisar viajar.
- **Responsabilidade digital**, garantindo que profissionais de saúde sigam normas éticas na utilização da tecnologia.
- **Respeito às atribuições legais** de cada profissão, delimitando claramente o papel do médico, enfermeiro e outros profissionais de saúde.

A consulta virtual exige mais discernimento clínico e capacidade de comunicação, já que limita o exame físico direto.

### *Telemedicina e regulação pelo CFM*

A **Resolução CFM nº 2.314/2022**, publicada pelo Conselho Federal de Medicina define a **telemedicina como um ato médico mediado por tecnologia**; é uma norma específica que regulamenta a telemedicina como modalidade de prestação de serviços médicos por meio da tecnologia da informação. A telemedicina pode ocorrer de diversas formas. A mais comum é a teleconsulta, que consiste no atendimento

remoto entre paciente e médico, com transmissão de dados segura. Porém, há outras modalidades, que serão abordadas a seguir. Para exercê-la legalmente, o médico deve possuir:

- Assinatura digital certificada;
- Regularidade junto ao CRM de origem;
- Conhecimento das normas éticas e legais da atuação remota.

Essa assinatura digital é fornecida gratuitamente aos profissionais médicos pelo CFM, e garante autenticidade, integridade e validade jurídica dos documentos digitais (como prontuários e prescrições eletrônicas).

### *Formas de Exercício da Telemedicina*

**Dr. Ildeu.** Como mencionado anteriormente, o termo de consentimento é essencial para o atendimento a distância. A telemedicina pode ser exercida de diversas formas. A mais comum é a teleconsulta, mas há outras modalidades igualmente relevantes que detalharemos a seguir.

**Durante a aula, houve uma breve interrupção técnica. Ao retornar, o Dr. Ildeu retomou a explanação sobre a necessidade do termo de consentimento para o atendimento à distância. Esse termo deve ser escrito e conter, de forma clara, as finalidades específicas da coleta de informações, conforme preceitua a LGPD. Importante ressaltar que esse consentimento pode ser revogado a qualquer momento, tanto pelo paciente quanto pelo profissional.**

O paciente pode, por exemplo, decidir interromper a consulta virtual por desconforto ou por entender que necessita de exame físico presencial. Da mesma forma, o médico pode avaliar que o diagnóstico exige a presença física do paciente. A autonomia de ambas as partes é garantida na definição do formato do atendimento.

Antes da publicação da resolução, a realização de teleconsultas não era permitida. O paciente precisava comparecer presencialmente ao consultório na **primeira consulta**, e somente depois poderia ter atendimentos virtuais. Entretanto, com a nova regulamentação, esse primeiro contato pode ser feito remotamente, o que representa um avanço significativo na prática médica, ampliando as possibilidades de cuidado à distância.

O Dr. Ildeu ilustrou essa mudança com um caso prático: um paciente acidentado na Argentina necessitava de múltiplas cirurgias. Mesmo distante, a consulta inicial foi realizada virtualmente. Com apoio da tecnologia e da equipe médica local, imagens foram compartilhadas e discutidas, permitindo o planejamento do tratamento. Assim, no momento em que o paciente chegou ao Brasil, toda a estrutura já estava preparada, garantindo agilidade e eficiência no cuidado.

### *Limites da Telemedicina*

Ainda que a teleconsulta seja uma ferramenta valiosa, ela não substitui o atendimento presencial. Algumas avaliações clínicas, como manobras específicas

para diagnóstico de lesões ortopédicas, demandam contato físico. A telemedicina deve ser compreendida como recurso complementar, e não substitutivo.

O registro da teleconsulta deve seguir os mesmos critérios da consulta presencial. Pode ser feito em papel, prontuário eletrônico ou aplicativo específico, desde que assegure a segurança dos dados. A responsabilidade pelo armazenamento cabe ao médico ou ao diretor técnico da unidade.

A teleconsulta caracteriza-se pela interação direta entre médico e paciente, cada qual em uma ponta. Nessa modalidade, dados sensíveis são transmitidos eletronicamente e, idealmente, devem contar com nível de segurança 2 para garantir a confidencialidade das informações.

### *Outras Modalidades de Telemedicina*

Além da teleconsulta, existem outras formas de prática regulada:

- **Teleinterconsulta:** ocorre entre dois médicos. Um solicita parecer ao outro, que não pode ser terceirizado. A presença do paciente é opcional.
- **Telediagnóstico:** envolve a emissão de laudos a partir de exames enviados digitalmente, como tomografias ou ressonâncias. Essa prática só é permitida dentro do território nacional.
- **Telecirurgia:** regulamentada por resolução específica, permite que um cirurgião opere remotamente com o apoio de outro presente na sala operatória.
- **Telemonitoramento ou Televigilância:** utilizado para acompanhar pacientes em tempo real, como:
  - **Monitoramento** de pacientes graves durante o transporte entre instituições de saúde.
  - **Acompanhamento** de idosos em casas de repouso, verificando pressão arterial, saturação de oxigênio e outros parâmetros vitais.
  - **Supervisão** de pacientes em unidades de tratamento de dependência química, garantindo o uso adequado de medicamentos controlados
- **Teletriagem:** ferramenta para que o médico regulador defina o nível de complexidade do atendimento necessário e oriente o encaminhamento adequado.
- **Teleconsultoria:** voltada à gestão e suporte administrativo. Apesar de não envolver atendimento clínico direto, também exige o cuidado com dados sensíveis.

### *Direito ao Acesso e Guarda dos Dados*

A **guarda dos dados** é responsabilidade do médico ou da instituição de saúde, mas **o titular dos dados é sempre o paciente**. Ele tem direito de solicitar cópias — impressas ou digitais — de seus registros, e o profissional deve assegurar esse acesso.

O paciente tem total direito de acessar suas informações médicas, pois os dados pertencem a ele. Embora a responsabilidade pela guarda e armazenamento seja do médico ou da unidade de saúde, caso o paciente solicite, ele deve receber uma cópia dos dados, seja impressa, em pendrive ou outros formatos digitais. Antigamente, esse acesso era concedido por meio de CDs e DVDs, mas as tecnologias de armazenamento evoluíram, tornando os formatos digitais mais acessíveis.

O prontuário médico original nunca deve ser entregue ao paciente — apenas uma cópia, conforme determina a legislação. No caso de dados virtuais, a obrigatoriedade de armazenamento é permanente (*ad eternum*), ou seja, a informação deve ser preservada indefinidamente.

Quando se trata de pacientes crônicos, como aqueles com insuficiência renal, doenças psiquiátricas ou condições de longa duração, é imprescindível a realização de consultas presenciais a cada 180 dias. Por quê? Porque um período prolongado de atendimento exclusivamente virtual pode comprometer o acompanhamento médico e gerar riscos para o paciente.

Há aspectos clínicos que só podem ser observados presencialmente:

- O odor do paciente, que pode indicar hábitos como consumo de álcool.
- A temperatura corporal, perceptível apenas ao toque.
- Expressões faciais e linguagem corporal, que são diferentes quando observadas através da tela.

Além disso, o famoso “faro clínico”, que permite ao médico captar sinais sutis de uma doença, depende da interação direta com o paciente. Por isso, o atendimento presencial continua essencial, especialmente em casos crônicos.

Uma questão importante na telemedicina é a remuneração dos médicos. Algumas operadoras de saúde vêm pagando apenas 50% do valor da consulta presencial para atendimentos virtuais, sob o argumento de que o médico não arca com despesas como aluguel, luz, telefone ou secretária.

No entanto, o atendimento remoto também possui custos:

- Equipamentos adequados (computador, câmera de alta qualidade, microfone).
- Rede de transmissão segura de dados.
- Contratação de plataformas especializadas para telemedicina.

Além disso, a complexidade da teleconsulta muitas vezes exige mais atenção do médico, tornando sua execução tão desafiadora quanto o atendimento presencial. Portanto, o ideal é que a remuneração da teleconsulta seja equivalente à de uma consulta tradicional.

## ENCERRAMENTO

**Dr. Leonardo:** Ildeu, mais uma vez, você deu um verdadeiro *show*. Sua aula foi extremamente rica em conteúdo. A abordagem sobre a LGPD, em conjunto com a telemedicina, foi fundamental. É um tema que precisa de clareza, especialmente neste mundo cada vez mais digital. Os médicos que estão mais conectados com essas ferramentas tecnológicas naturalmente se aproximam mais da telemedicina, que é, sem dúvida, um caminho sem volta.

Esse processo foi intensificado pela pandemia, que acelerou o uso da telemedicina de forma definitiva. Vale lembrar que a resolução do CFM de 2002 tratava da telemedicina de forma ainda muito limitada, voltada principalmente para situações como plataformas petrolíferas. Mas, com a pandemia, houve uma verdadeira revolução, e a telemedicina passou a ocupar um papel central no cuidado à saúde.

É essencial que os princípios da telemedicina estejam claros para todos. Para que o atendimento ocorra de forma segura, é preciso uma boa infraestrutura, conexão estável e, acima de tudo, identificação segura dos profissionais em cada ponta. Resumindo: para oferecer um serviço de qualidade, necessário:

- Uma rede estável e segura.
- Alinhamento entre os profissionais envolvidos.
- Identificação correta do médico no outro lado da conexão.

Em um ambiente virtual, é necessário garantir que o médico esteja realmente do outro lado da tela. Hoje, com a *internet*, não se pode correr o risco de um atendimento ser feito por alguém que não seja um profissional de saúde habilitado. A identificação do médico é essencial para garantir a segurança do paciente e a ética na prática médica.

Sua explanação foi excelente também ao integrar a **Lei Geral de Proteção de Dados** ao contexto da telemedicina. A LGPD representa um grande avanço nas políticas de proteção ao cidadão, mas impõe responsabilidades e mudanças na forma como tratamos os dados dos pacientes. O paciente tem o direito de retirar, a qualquer momento, dados como cor, orientação sexual, religião ou credo de seu prontuário, mesmo que anteriormente tenha autorizado o registro. É um direito seu, e devemos respeitar isso plenamente.

Há inúmeros comentários positivos sobre sua participação. Você foi muito claro ao tratar de um tema que ainda gera muitas dúvidas, especialmente sobre o que pode ou não ser registrado e utilizado em relação aos dados sensíveis dos pacientes. Na medicina, o tempo é um dos nossos maiores desafios, e investir tempo para explicar ao paciente como seus dados serão tratados é fundamental para preservar a confiança e a ética da relação médico-paciente.

**Dr. Ildeu:** Agradeço muito suas palavras, Leonardo. Realmente, dentro desse novo modelo de transmissão de dados digitais, acredito que há um enorme avanço do ponto de vista da medicina social. Basta ver os desafios recentes com a Covid-19 e, agora, com a dengue. A telemedicina possibilita um maior acesso à informação qualificada e ao atendimento, sobretudo para pessoas em áreas remotas. Hoje em dia, o paciente já chega ao consultório com uma primeira “opinião” — aquela que teve ao consultar a internet. Por isso, a valorização do médico que atende com ética e qualidade, inclusive via telemedicina, é um dever da nossa classe.

Além disso, vivemos tempos em que as redes sociais expõem demais os profissionais. Há colegas que fazem propagandas agressivas, e isso fragiliza a imagem da medicina. Devemos, sim, lutar pela valorização da nossa profissão e pelo resgate do compromisso com o cuidado ao próximo — o mesmo compromisso que assumimos ao fazer o juramento de Hipócrates. Muito obrigado mais uma vez pela oportunidade e pelo convite, professor Leonardo.

**Dr. Leonardo:** [Risos] Ildeu, eu tive até dificuldade aqui com o botão... Coisas da telemedicina! Mas quero te agradecer imensamente por sua participação. Foi essencial. Tive o privilégio de trabalhar com você no *Manual de Boas Práticas da Sociedade Brasileira de Ombro e Cotovelo*, e sempre admirei sua dedicação à boa medicina e à defesa ética da nossa profissão.

Você está aí, atuando com destaque no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, e é um prazer enorme contar com sua colaboração. Aproveito para informar que estamos produzindo um livro, nos moldes daquele manual, com os conteúdos deste curso — incluindo temas como documentos médicos, legislação de dados, relação entre médico e auditor, compliance, conveniência operatória, entre outros. Será um material rico, gratuito e acessível a todos os colegas do CREMEGO e, claro, compartilhado com os conselhos-irmãos, como o CRM-MG.

Mais uma vez, obrigado por sua presença e generosidade. Em nome do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, da nossa presidente, Dra. Sheila Lustosa, e de toda a equipe organizadora, deixo aqui nosso sincero agradecimento.

**Dr. Ildeu:** Muito obrigado! Um grande abraço e parabéns pela iniciativa.

**Dr. Leonardo:** Está cheio de elogios e palmas no *chat* por sua aula, viu? Excelente trabalho. Seu conteúdo foi esclarecedor e fundamental para compreendermos melhor a telemedicina. Seu conteúdo foi esclarecedor e fundamental para compreendermos melhor a telemedicina e que Deus abençoe. Um grande abraço!

Próxima terça-feira, Dr. Renato Miranda falará sobre conveniência operatória, indicação, como pensar muito mais no paciente do que no movimento cirúrgico em si. Será uma aula muito rica em filosofia, em questões reflexivas, com uma riqueza muito grande de informação para o médico. Afinal, muitos profissionais desenvolvem hábitos e posturas que podem ser aprimorados por meio de novas reflexões.

Muito obrigado a todos vocês, uma boa noite, fiquem com todos com Deus! Ildeu, muitíssimo obrigado. Regis, muito obrigado pela sua consideração em estar junto conosco, viu?

## INFORMES FINAIS

Ao final desta apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de enviar perguntas e comentários por meio do *chat* ao vivo, promovendo uma discussão enriquecedora sobre o tema.

Esta aula, assim como as demais do programa, está disponível no canal oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás no *YouTube*, podendo ser consultada a qualquer momento para aprofundamento ou revisão do conteúdo; ver a aula íntegra através do link informado na abertura do capítulo.

No próximo capítulo, abordaremos o tema: **[Conveniência operatória: Uma reflexão sobre nossas ações]**.



# [Conveniência operatória: Uma reflexão sobre nossas ações]

Moderador: Dr. Leonardo Emílio

Palestrantes: Dr. Renato Miranda de Melo

Data: 27 de fevereiro de 2023

Local: Goiânia – GO

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=WdJBkwWmkwE>

Esta aula foi ministrada em 27 de fevereiro de 2023, durante o Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. O tema abordado neste encontro foi *Conveniência operatória: Uma reflexão sobre nossas ações* com apresentação do Dr. Leonardo Emílio [diretor científico do CREMEGO] e o palestrante Dr. Renato Miranda de Melo.

A seguir, apresentamos a transcrição adaptada e revisada da aula, com ajustes para maior clareza e fluidez, mantendo a fidelidade ao conteúdo original.





## [CONVENIÊNCIA OPERATÓRIA: UMA REFLEXÃO SOBRE NOSSAS AÇÕES]

Chegamos à **sexta aula** do curso!

**Dr. Leonardo:** Vamos dar início com a presença do professor Renato Miranda de Melo com o tema *Conveniência Operatória*.

**Dr. Renato:** Obrigado, Leo, obrigado. Então, vamos começar, pois a apresentação convida a uma reflexão. Apesar das mudanças, com o tempo, especialmente no uso de exames complementares, a essência permanece: a decisão cirúrgica exige reflexão profunda e responsabilidade. Convém operar ou convém não operar? Como cirurgião, é uma pergunta que deve ser feita, sempre.

### INTRODUÇÃO: REFLETIR ANTES DA DECISÃO DE OPERAR

A aula iniciou, marcada por uma homenagem ao professor Fernando Luiz Barroso, cirurgião carioca que, décadas atrás, escreveu o capítulo que orientou muitas decisões clínicas ao longo da vida do palestrante. “*Esse texto, que li há 40 anos, ainda me guia na decisão: opero ou não opero o paciente?*”

**Dr. Renato:** Quando nos deparamos com um paciente cirúrgico, antes de dizer ‘*vamos operar*’, devemos nos fazer — e fazer ao paciente — uma pergunta fundamental: ‘*Precisa mesmo operar?*’

Essa pergunta, segundo o palestrante, carrega peso. O paciente a faz por medo. O médico, por dever. Colocar alguém numa mesa cirúrgica traz consequências, na maioria das vezes positivas, mas nem sempre. “*Fingir que não há risco? Não adianta. É preciso coragem, conhecimento e discernimento.*”, comentou Dr. Renato.

### *A metáfora do barranco: os riscos e os cuidados*

A conversa com o paciente continua, agora com mais uma provocação: “*Veja, há árvores na beira do barranco. Podemos amarrar uma corda a elas, prendê-la à nossa cintura e assim descer com mais segurança.*”

O paciente concorda. Ótimo. “*Melhor ainda se chamarmos pessoas para nos ajudar.*” Mais um passo de segurança. E, por fim: “*Vamos colocar um colchão de molas lá embaixo. Se, mesmo com todo esse preparo, escorregarmos, cairemos com algum conforto.*”

O paciente entende. Mas o professor alerta: “*Mesmo com tudo isso, ao pisar no colchão — sem escorregar — posso torcer o tornozelo. Ou seja: até o que nos protege pode, em certas circunstâncias, nos causar dano.*”

Essa metáfora representa bem os riscos inerentes à cirurgia. Por mais que se prepare, existe sempre a chance de algo fugir ao controle. A questão, então, não é eliminar o risco — o que é impossível —, mas assumi-lo com consciência, preparo e responsabilidade.

Na prática cirúrgica, e na medicina como um todo, é fundamental distinguir entre **informação**, **conhecimento** e **sabedoria**. A **informação** consiste nos dados brutos e fragmentados, obtidos de exames, tecnologias e fontes variadas. O **conhecimento**, por sua vez, é a organização e compreensão dessa informação, permitindo sua aplicação prática. A **sabedoria**, entretanto, vai além: é a capacidade de usar o conhecimento de maneira ética, ponderada e sensível, levando em consideração o contexto e o bem-estar do paciente. Na cirurgia, ser sábio é saber quando operar, quando esperar e quando não operar, mas sobretudo como tomar decisões que respeitem a vida e a dignidade do ser humano. Debruçar sobre essas diferenças é essencial para que o cirurgião atue com responsabilidade e equilíbrio.

A *conveniência operatória* é um conceito fundamental na prática cirúrgica. Ponderar a decisão de operar ou não é uma constante na vida de um cirurgião, e deve ser conduzida com cautela e reflexão profunda. Neste capítulo, vamos abordar essa questão sob diferentes perspectivas, desde a preparação do paciente até o momento crítico da cirurgia, e como essa decisão pode impactar o desfecho, tanto para o paciente quanto para o médico.

## 1. DECISÃO, PREPARAÇÃO E DESAFIOS ANTES DE OPERAR

A primeira questão que deve ser enfrentada, como o próprio título anuncia, é: convém operar? Esta pergunta envolve uma avaliação tanto do paciente, movido pelo medo do procedimento, quanto do cirurgião, que precisa ter convicção sobre a necessidade e segurança da intervenção. A cirurgia traz consequências, e a decisão de operar deve ser pautada pela estimativa cuidadosa dos riscos e benefícios.

Tal reflexão envolve tanto o medo do paciente, quanto a convicção do cirurgião sobre a real necessidade da intervenção. Operar é uma decisão que carrega consequências clínicas, éticas e jurídicas. Por isso, deve ser tomada a partir de uma análise criteriosa entre riscos, benefícios e condições clínicas.

A decisão de operar exige enfrentar quatro grandes frentes:

### 1. O paciente

Não importa a idade, sexo ou cor. O que importa é: ele tem reservas funcionais suficientes para suportar o procedimento? Está compensado clinicamente? É essa avaliação que define a real possibilidade cirúrgica.

### 2. A equipe

Ter bons profissionais não basta. É preciso que estejam implicados na causa do paciente, apontando todos na mesma direção. Uma equipe desinteressada, por melhor que seja tecnicamente, compromete o cuidado.

### 3. O ambiente

A sala cirúrgica precisa estar preparada — não apenas equipada, mas adaptada à complexidade do caso e às necessidades da equipe. Muitas vezes, isso exige ajustes práticos e logísticos.

### 4. As circunstâncias

Mesmo com tudo certo, o inesperado pode acontecer. O famoso “colchão de molas” pode, paradoxalmente, causar um tropeço.

A analogia mostra, então, que o preparo cirúrgico envolve:

- Compensação clínica adequada do paciente
- Planejamento técnico do procedimento
- Organização da equipe e verificação do ambiente hospitalar

**Dr. Renato:** Antigamente era a queda de energia. Hoje, com geradores, isso é raro. Mas outras variáveis podem surgir.

### *A metáfora do voo*

Para finalizar essa etapa da reflexão, o professor compara o procedimento a um voo de avião: *“Quando embarcamos, temos quase certeza de que vamos decolar e pousar bem. Esse é o objetivo da cirurgia. Mas, assim como no voo, há riscos. E por isso, planejamento e preparo fazem toda a diferença”*.

Se um procedimento cirúrgico pode ser comparado a um voo, a segurança vem do planejamento.

**Dr. Renato:** A gente tem quase certeza de que o avião vai decolar e pousar bem. Por quê? Porque uma equipe inteira fez um *checklist*. Do mecânico ao comandante, do copiloto à tripulação de bordo, cada um tem uma função. Assim deve ser também na cirurgia. O cirurgião (o piloto) não atua sozinho. Precisa de um auxiliar atento, de um anestesista bem-preparado e de uma equipe envolvida com o paciente. Só assim se alcança conforto e segurança — nessa ordem.

Paciente e equipe precisam estar preparados. O paciente é o protagonista. É nele que tudo acontece. Ele precisa estar bem compensado clinicamente. A equipe, por sua vez, precisa estar descansada, alimentada, focada, comprometida.

O primeiro grande desafio para o sucesso de uma cirurgia, então, é a condição do paciente. O foco não deve estar em suas características demográficas, mas em sua reserva funcional e na sua capacidade de suportar o procedimento. A avaliação clínica deve ser minuciosa, assegurando que o paciente esteja apto a passar pela anestesia e a cirurgia, com o menor risco possível de desfechos não favoráveis.

Nesse momento, o palestrante perguntou “o que importa na hora da cirurgia?” Segundo ele, deve-se considerar três elementos-chave:

- **Paciente** - Deve ter condição clínica para suportar o procedimento, ou seja, reserva funcional suficiente. Isso é mais importante que idade ou qualquer outro critério externo.
- **Procedimento** - É necessário conhecer seu porte (pequeno, médio, grande) e sua duração esperada. Esses fatores determinam o consumo das reservas do paciente e ajudam a prever riscos.

- **Assistência** - O cuidado é contínuo. Todos os envolvidos compartilham a responsabilidade, inclusive no pós-operatório.

**Dr. Renato:** A assistência começa antes, continua durante e não termina no último ponto de pele.

Dando continuidade, o Dr. Renato ainda ressaltou que por mais que os pacientes pareçam semelhantes, nunca são iguais. Mesmo com idades e diagnósticos parecidos, cada pessoa tem sua singularidade, que precisa ser respeitada. Quando a equipe se conhece e coopera, a cirurgia flui melhor. Se fosse só técnica, bastaria robôs. Mas estamos lidando com pessoas. O mesmo vale para as equipes; a escolha de cada membro deve pautar-se não apenas pela competência técnica, mas pelo grau de envolvimento e de comprometimento com o cuidado do paciente.

**Dr. Renato:** É com o conhecimento que identificamos doenças e propomos tratamentos. Nada disso é novo: é o fundamento da Medicina.

O médico deve saber reconhecer os sinais, fazer correlação clínica e tomar decisões com base sólida. O cirurgião, especificamente, tem um privilégio: *“Ele vê com os próprios olhos se o diagnóstico estava certo.”*, ressaltou Dr. Renato.

Essa vivência clínica é insubstituível: *“Quando abrimos um paciente com suspeita de apendicite e encontramos um apêndice normal, aprendemos. Ou havia erro diagnóstico, ou era algo que simulava o quadro. Mesmo uma laparotomia branca pode ensinar”*.

Por isso, o conhecimento não pode ficar no livro ou no celular.

*“Tem que sair da estante e vir para a cabeça. É com ela que decidimos.”*, diz o palestrante.

Aprender é parte do trabalho. E esse aprendizado não termina nunca.

## 2. AVALIANDO PACIENTE E EQUIPE MÉDICA

O primeiro grande desafio para o sucesso de uma cirurgia é a condição do paciente. O foco não deve estar em suas características demográficas, mas em sua reserva funcional<sup>1</sup> e na sua capacidade de suportar o procedimento cirúrgico. A avaliação clínica deve ser minuciosa, assegurando que o paciente esteja apto a passar pela anestesia e a cirurgia, com o menor risco possível de desfechos não favoráveis, com a segurança, de o paciente estar apto a ser submetido ao procedimento.

O encontro clínico é muito mais que um exame físico. É a oportunidade de criar vínculo com o paciente e com sua família, de ouvi-lo com atenção, examiná-lo, compreendê-lo em seu contexto — físico, emocional, social.

**Dr. Renato:** Ele vai sentir dores, ficar longe de casa, da família, da rotina, do cheiro da própria casa. Precisamos do paciente como aliado, pois ele é parte da equipe.

A hospitalização deve ser breve e necessária. O ambiente familiar favorece a recuperação. Por isso, cada segundo do contato com o paciente é precioso. Não é perda de tempo: é investimento em cuidado.

---

<sup>1</sup> A reserva funcional é a capacidade do organismo de manter a homeostase diante de um estresse agudo, como uma cirurgia. Envolve funções respiratória, cardiovascular, renal, hepática e cognitiva.

Como organizar a tomada de decisão?

Inspirado no raciocínio clínico do Dr. Fernando Barroso, o palestrante propôs um método simples e eficaz: analisar a doença e avaliar o doente.

### **Analisar a doença**

Há doenças em que o tratamento cirúrgico é a primeira escolha — como uma hérnia inguinal sintomática. Nesses casos, a cirurgia é o melhor caminho desde o início.

“A doença escolhe o tratamento. O cirurgião apenas o reconhece.”

Outras doenças, como uma úlcera péptica, são tratadas inicialmente com medicamentos. A cirurgia pode se tornar necessária apenas diante de complicações ou falha terapêutica.

O importante é reconhecer a evolução da doença e saber o momento certo de intervir.

### **Avaliar o doente: o risco cirúrgico**

Essa é a parte mais delicada. Avaliar o risco é estimar a chance de complicações — inclusive óbito. Isso exige um duplo raciocínio:

De um lado, o cirurgião propõe um procedimento (com porte e duração definidos).

De outro, avalia-se a reserva funcional do paciente — sua capacidade clínica de suportar aquele procedimento.

**Dr. Renato:** O risco não se escreve com caneta na pele. Ele se define na análise entre o que será feito e o quanto o paciente pode suportar.

Essa avaliação não é tarefa apenas do cirurgião. Ela exige parceria com o anestesista. Ambos devem estar de acordo quanto ao plano cirúrgico e às condições clínicas do paciente.

Se houver compatibilidade entre o procedimento e a reserva funcional, o risco pode ser classificado como:

- **Baixo**
- **Moderado**
- **Elevado**

Para encerrar esse ponto sobre risco, o Dr. Renato elucidou que risco baixo não significa ausência de complicações e que o risco alto, elevado, significa certeza de complicações. Existe uma probabilidade baixa de acontecer algum evento adverso no paciente que tiver um risco baixo e por outro lado pode existir probabilidade maior de eventos adversos, inclusive de óbito, se o paciente apresentar um risco elevado, porque ele tem uma condição clínica pior ou porque se propôs algo muito maior do que ele vai aguentar.

É fundamental compreender: “Risco baixo não é ausência de complicação. Risco alto não é certeza de problema. Estamos lidando com probabilidades, não com garantias.”

O professor reforça que risco elevado não é sinônimo de contraindicação: “Um paciente jovem e saudável pode, num instante, estar em risco de morte após um acidente. Deixar de operá-lo por ser ‘alto risco’ é condená-lo à morte.”

A mensagem é clara: o risco elevado exige preparo, não recuo. Da mesma forma, um risco baixo não é garantia de segurança. Pode haver fatores circunstanciais que contraindiquem a cirurgia. Por isso, avaliar com juízo e sensibilidade é fundamental.

### **Como avaliar o paciente?**

**Dr. Renato:** Consulta médica. É o que temos de melhor. Ainda não inventaram outro método. A avaliação deve passar pela **consulta médica**, com hora marcada de preferência se for uma cirurgia eletiva, a depender da emergência ou da urgência que o caso exige; passando pela **avaliação clínica pré-operatória**, termo que acho para esse tipo de consulta, para poder avaliar e estimar a reserva funcional do paciente que será realizada pelos **Cirurgião e anestesista**. Algo inegociável, como disse, numa cirurgia letiva.

Seja eletiva ou de urgência, a avaliação pré-operatória precisa acontecer em qualquer espaço possível — consultório, enfermaria, ambulatório — com um foco claro: estimar a reserva funcional e planejar o tratamento. Essa avaliação é conjunta, envolvendo cirurgião e anestesista.

*“É inegociável. Ambos devem estar presentes, especialmente nas cirurgias eletivas.”*

O vínculo com o anestesista é essencial. Ele também é médico, também cuida, e o paciente precisa reconhecê-lo na sala de cirurgia.

*“Isso acolhe. Isso humaniza. Isso reduz o estresse num ambiente naturalmente hostil.”*

### **3. RISCOS INERENTES E CIRCUNSTÂNCIAS ADVERSAS**

Embora o preparo minucioso do **paciente** e a **experiência da equipe** treinada e **planejamento** adequado possam minimizar os riscos, complicações podem surgir.

Voltando à analogia do barranco, o colchão de molas preparado para amortecer uma queda pode, por ironia, provocar uma torção de tornozelo. Ou seja, que mesmo o cenário mais favorável não está isento de complicações.

Por isso, a conveniência operatória exige humildade, flexibilidade e respaldo técnico.

**Dr. Renato:** Vejam que, apesar de tudo isso, “descer um barranco” é algo arriscado, intrinsecamente arriscado, certo? Mas, talvez, seja necessário “descer o barranco”. Se pudermos não descê-lo, melhor; mas se tivermos que descer, que seja de dia, pelo lado mais baixo, com cordas de proteção, com pessoas ajudando, mesmo com esse colchão de molas ali. É só pisar com cuidado.

### **4. O PAPEL DO CIRURGIÃO, EXAMES COMPLEMENTARES E AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA**

O cirurgião desempenha um papel central, mas isso não significa que ele opera isoladamente. A interação com o anestesista e outros especialistas é crucial para a avaliação completa do paciente. A consulta pré-operatória, tanto do cirurgião quanto do anestesista, deve ser realizada para garantir que o paciente estará preparado para o procedimento.

Critérios para decisão cirúrgica:

- Existência de indicação clínica clara
- Capacidade funcional do paciente
- Ausência de opções terapêuticas mais seguras
- Expectativa real de benefício
- Consentimento livre e esclarecido

**Dr. Renato:** Precisamos nos preparar, sim. Por isso a cirurgia não pode ser feita em qualquer lugar. O ambiente citado anteriormente por mim tem que ser adequado ao procedimento que será feito. Por vezes tem que ser um hospital que tenha UTI, por exemplo. E por que pedimos exames complementares? Confirmamos um diagnóstico, avaliamos riscos ocultos que possam mudar a conduta.

Os exames complementares devem ser solicitados de forma criteriosa. Eles têm o objetivo de confirmar diagnósticos e avaliar riscos ocultos, que possam influenciar e até modificar a conduta cirúrgica. No entanto, sua solicitação deve ser baseada em uma análise clínica rigorosa, evitando o uso indiscriminado e desnecessário de exames, que não trarão benefícios diretos ao paciente.

Resumindo: eles devem ser solicitados com objetivos claros:

- Confirmar um diagnóstico;
- Avaliar comorbidades;
- Investigar riscos ocultos que possam alterar condutas.

Exemplos:

- BHCG em mulheres em idade fértil, mesmo que neguem relações. (*“Paciente pode omitir. Médico também mente, vamos proteger o feto”*).
- Exame de urina em mulheres assintomáticas. (*Infecção urinária é causa comum de choque séptico*).

## 5. DECISÃO FINAL: OPERAR OU NÃO OPERAR?

Após a avaliação completa, surge a questão final: devemos ou não operar? A decisão deve ser pautada não apenas pela indicação cirúrgica, mas também pelo estado clínico do paciente e sua capacidade de suportar o procedimento. Em alguns casos, o adiamento da cirurgia poderá ser necessário para melhorar suas condições clínicas. Em outros, será necessário antecipá-la, ou mesmo reconhecer que a doença avançou a ponto de a cirurgia não ser mais viável.

A cirurgia não é um ato isolado — é uma obra coletiva.

A eficácia da equipe médica impacta diretamente nos desfechos operatórios. Equipes desmotivadas, sem sintonia ou mal coordenadas aumentam o risco de falhas.

O cirurgião deve escolher cuidadosamente os membros da equipe, priorizando:

- Competência técnica
- Comprometimento com o paciente
- Capacidade de cooperação interdisciplinar

## O melhor momento para operar

A decisão de operar não significa operar imediatamente. Em muitos casos, é necessário preparar o paciente:

- Hidratação, transfusões, reposição eletrolítica
- Nutrição parenteral ou enteral
- Tratamento de infecções
- Pneumoperitônio progressivo, toxina botulínica para hérnias gigantes
- Químico ou radioterapia em casos oncológicos

“A cirurgia pode até estar indicada, mas o momento certo pode não ser agora.”

E, em algumas situações, mesmo com a indicação clara, a condição clínica pode inviabilizar o procedimento.

**Dr. Renato:** Nessa hora, é preciso humildade para reconhecer os limites. O cuidado continua — mas não necessariamente com bisturi na mão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A **conveniência operatória** é uma reflexão constante sobre as ações do cirurgião. O ato de operar deve ser uma decisão fundamentada no conhecimento, na avaliação clínica cuidadosa e no entendimento contextualizado do paciente. A medicina é uma escolha da alma, e o cirurgião deve estar preparado para enfrentar os desafios e obstáculos de cada cirurgia, com responsabilidade, cuidado e dedicação. Afinal, não só o corpo mas a vida do paciente estará, literalmente, em suas mãos.

**Dr. Leonardo** encerra com uma reflexão tocante: Os quatro gigantes da alma do cirurgião, mencionado em aula anterior, são: recidiva, seqüela, complicação e morte. Todos, em algum momento, nos visitam.

A aula convida a uma mudança de perspectiva: do volume de procedimentos para o valor do ato médico.

Não se trata de dinheiro, mas de entrega, qualidade e acolhimento.

**Dr. Renato:** O paciente não é, apenas, o que te paga. O paciente é, também, o que te procura. Seja ele do SUS ou particular, ele é o seu paciente.

A função social do médico é central. Receber bem, ouvir, refletir e propor o melhor caminho é um compromisso com a dignidade de quem procura ajuda.

**Dr. Leonardo:** Precisamos transmitir a segurança de sermos verdadeiros perante nossos pacientes, em todos os aspectos, desde o momento de falar: “**Não, não, esse caso eu não consigo operar**”, “**Não, esse caso não deve ser operado**”. A partir do momento que acolhemos o pré-operatório, ele só termina no dia da alta, mas o pós-operatório vai até quando for necessário. As pessoas perguntam: “*Quanto tempo é o período pós-operatório?*”, não sei; o de uma complicação pode durar anos, enquanto o de um pós-operatório de hérnia é tranquilo, ou de uma vesícula, às vezes, demora uns 2, 3 meses. Por isso é necessário uma reflexão muito grande nesse universo de *conveniência operatória*.

“*Falar que essa aula é boa já virou pleonasma*”, diz Dr. Leonardo, entre risos e aplausos no *chat*.

**Dr. Leonardo:** Medicina e Filosofia caminham lado a lado. Há quem diga que a Medicina é uma área da Filosofia e há quem diga que a Filosofia é uma área da Medicina [risos]. Já ouvi isso, mas ao mesmo tempo é algo que, penso, precisamos discutir sempre.

Renato, eu quero te agradecer imensamente, você é uma pessoa inspiradora!

Chegando ao final da palestra, o Dr. Renato expôs mais algumas situações de sua experiência como cirurgia-geral dedicado a tratar pacientes com hérnias.

**Dr. Renato:** Obrigado! Tchau, gente!

**Dr. Leonardo:** Mais uma vez, reforcem a todos os colegas para assistirem a esta aula e a importância dela, principalmente aos mais jovens. Repassem o link para pqrq que mais pessoas assistam, que tem uma preciosidade gigantesca. Obrigado a todos, obrigado ao pessoal que está aqui de suporte conosco para manter esse curso em pé e boa noite.

### INFORMES FINAIS

Ao final desta apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de enviar perguntas e comentários por meio do *chat* ao vivo, promovendo uma discussão enriquecedora sobre o tema.

Esta aula, assim como as demais do programa, está disponível no canal oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás no YouTube, podendo ser consultada a qualquer momento para aprofundamento ou revisão do conteúdo; ver a aula íntegra através do link informado na abertura do capítulo.

No próximo capítulo, abordaremos o tema: **[Dormi acadêmico... Acordei médico. E agora?]**.



# [Dormi acadêmico... Acordei médico. E agora?]

Palestrante: Dr. Leonardo Emílio

Data: 5 de março de 2023

Local: Goiânia – GO

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=NP-z1QwpDv8&t=19s>

Esta aula foi ministrada em 5 de março de 2023, durante o Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. O tema abordado neste encontro foi *Dormi acadêmico...Acordei médico*. E agora? com apresentação e palestra do Dr. Leonardo Emílio [diretor científico do CREMEGO].

A seguir, apresentamos a transcrição adaptada e revisada da aula, com ajustes para maior clareza e fluidez, mantendo a fidelidade ao conteúdo original.





## [DORMI ACADÊMICO... ACORDEI MÉDICO. E AGORA?]

Boa noite a todos!

Chegamos à **sétima aula** do curso. Podemos?

Sejam todos muito bem-vindos ao Programa de Educação Continuada Permanente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), dentro do curso de Boas Práticas. A nossa aula de hoje vai ser “*Dormi acadêmico... acordei médico*”.

### INTRODUÇÃO

**Dr. Leonardo:** Sejam bem-vindos a mais uma aula do Programa de Educação Continuada Permanente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), dentro do nosso curso de Boas Práticas Médicas. O tema de hoje é provocador e reflexivo: “*Dormi acadêmico... Acordei médico. E agora?*”

Sou Leonardo Emílio, conselheiro do CREMEGO e do Conselho Federal de Medicina, além de professor da Universidade Federal de Goiás no Departamento de Cirurgia. Esta aula tem o propósito de refletir sobre o momento de transição vivenciado por todo acadêmico de medicina ao concluir sua graduação: o instante em que ele se torna, oficialmente, médico.

Esse despertar para a prática profissional é carregado de dúvidas, inseguranças e, acima de tudo, de responsabilidade. É como se, da noite para o dia, tudo mudasse. O recém-formado precisa tomar decisões sérias, definir caminhos e encarar a realidade de que, a partir dali, sua conduta impacta diretamente na vida de pessoas.

### 1. O DESPERTAR DA RESPONSABILIDADE MÉDICA

**Dr. Leonardo:** Primeiramente, é importante esclarecer que não há conflito de interesse nesta apresentação, a não ser o sincero desejo de contribuir para a formação de bons médicos e para a proteção da boa medicina.

Ao concluir o curso de medicina — uma formação longa, exigente e, muitas vezes, marcada por enormes sacrifícios pessoais e familiares —, surgem inevitavelmente os questionamentos:

- “Qual caminho seguir agora?”
- “Estou realmente pronto?”
- “Devo buscar uma residência médica?”
- “Ou sigo diretamente para o mercado de trabalho?”

**Dr. Leonardo:** Essas dúvidas são legítimas. Afinal, entrar na faculdade de medicina já é, por si só, um grande desafio — seja por meio do ENEM, vestibular tradicional ou prova de acesso direto. Não se trata apenas de uma conquista individual, mas de uma jornada familiar, construída coletivamente com apoio e renúncias.

## 2. A PRERROGATIVA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

**Dr. Leonardo:** Ao concluir a graduação e receber o diploma, o recém-formado adquire o direito legal de exercer a medicina em território nacional, conforme previsto em uma legislação federal de 1932. Isso significa que, eticamente responsável por sua prática, o novo médico pode, em tese, atuar em qualquer especialidade médica — inclusive neurocirurgia ou cirurgia cardíaca — desde que assuma todas as implicações éticas e legais decorrentes.

Contudo, apesar de ser um direito, essa prática generalista nem sempre corresponde à segurança técnica desejada. A formação médica atual, por mais sólida que seja, dificilmente é suficiente, sozinha, para garantir a profundidade de conhecimento e habilidade exigida em especialidades complexas. Por isso, muitos egressos seguem para estágios, residências médicas ou outras formas de qualificação técnica reconhecida pelas sociedades médicas.

## 3. A REALIDADE DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

Apesar da crescente demanda, apenas cerca de 60% dos médicos formados conseguem acesso à residência médica no país. Isso significa que uma grande parcela de profissionais, mesmo capacitados, não encontra vaga para essa formação complementar. E isso não necessariamente por falta de competência técnica, mas por falta de vagas disponíveis.

Assim, muitos seguem diretamente para o mercado de trabalho — atuando em atenção básica, emergências ou no interior do país — com o objetivo de ganhar experiência e, muitas vezes, também de garantir sustento financeiro após anos de estudo e dedicação.

Nesse contexto, surgem muitos questionamentos: “*Estou bem formado?*”, “*Devo buscar especialização?*”, “*Será que já é hora de ganhar dinheiro após tantos anos de estudo e sacrifício?*”. Alguns optam por trabalhar para garantir uma reserva financeira antes de buscar uma residência; outros avaliam opções como o serviço militar, que pode oferecer remuneração diferenciada para atuação em áreas remotas.

Independentemente do caminho escolhido, não existe certo ou errado. Cada decisão depende de fatores como o momento de vida, a realidade do mercado de trabalho e as necessidades pessoais.

Dois princípios fundamentais devem orientar essa fase:

1. **Respeite o seu tempo. Não se apresse.** A formação médica exige amadurecimento. Informações estão disponíveis em abundância, mas transformá-las em conhecimento requer tempo. A sabedoria, por sua vez, vem com os anos de prática e vivência clínica. Se o seu momento é trabalhar na atenção básica, fazer uma pausa ou seguir diretamente para uma especialização, tudo bem — o importante é respeitar seu processo.
2. **Planeje o futuro com consciência.** Pergunte-se: “Onde quero estar em 5 ou 10 anos?”, “Quero continuar atendendo em volume ou buscar mais qualidade e aprofundamento?”. Reflita sobre como você deseja exercer sua profissão e invisita no seu desenvolvimento com consciência e serenidade.

Ser médico é, antes de tudo, um compromisso com a vida. É invadir o ser humano com palavras, diagnósticos, medicamentos ou bisturis. Por isso, é preciso tempo, preparo e maturidade. A construção de um bom médico é contínua — e ela começa agora.

**Outro princípio fundamental:** seja flexível e tenha paciência com a sua trajetória profissional. A carreira médica é como um exercício constante de yoga — exige flexibilidade. Você pode, em determinado momento, estar atuando na atenção básica, e, em outro, ser auxiliar em cirurgias — seja geral, plástica, ou outra especialidade —, ou ainda exercer plantões em unidades de terapia intensiva, prontos-socorros ou no interior. Essa flexibilidade é necessária para que você se adapte às oportunidades e demandas do momento.

**E quanto à paciência?** Ela é essencial. Não antecipe os passos. Não almeje, logo de início, ser coordenador de uma equipe, chefe de um serviço, ou assumir responsabilidades que exigem maturidade que só o tempo e a experiência conferem. Existe, hoje, uma busca intensa por crescimento precoce, mas isso pode ser prejudicial. Queimar etapas importantes pode comprometer não apenas sua formação técnica, mas também o amadurecimento do seu caráter profissional.

**Esse momento inicial da carreira é decisivo.** É um período de autoconhecimento e de experimentação. Permita-se vivenciar diferentes realidades médicas. Isso pode ajudar a direcionar melhor o seu caminho. Muitas vezes, ouvir alguém dizer “você vai perder um ano” é apenas um reflexo de uma visão apressada. Na verdade, esse ano pode ser o mais valioso da sua formação: um tempo de amadurecimento, reflexão e decisão consciente sobre qual trilha seguir.

Resumindo:

- Não se apresse.
- Seja flexível.
- Tenha paciência com seu tempo.

Essas atitudes serão fundamentais não apenas neste início, mas ao longo de toda a sua trajetória como médico. E lembre-se: com o passar dos anos, os dilemas que enfrentamos não são, na maioria das vezes, técnicos ou clínicos. As respostas clínicas estão cada vez mais acessíveis — nos livros, nos algoritmos, nos aplicativos. O verdadeiro desafio está nos conflitos éticos. Os dilemas à beira do leito

geralmente envolvem decisões morais e humanas, mais do que técnicas. E é aí que reside o verdadeiro peso e valor da profissão médica.

**Dr. Leonardo:** Para ilustrar o momento em que o acadêmico “dorme acadêmico e acorda médico”, talvez o maior dilema que ele enfrente seja de ordem ética — um conflito silencioso e profundo que passa a acompanhá-lo após sua formação. A vida médica é vivida sobre um fio estreito, delicado, um equilíbrio contínuo entre a ética e a moral. E quanto mais o profissional conseguir manter esse equilíbrio, mais sólida e promissora será sua carreira — não apenas diante dos pacientes, mas também no relacionamento com seus colegas, sejam da faculdade, sejam do ambiente de trabalho.

Esse fio é, de fato, tênue, e constantemente há forças tentando romper esse equilíbrio. É nesse ponto que surgem os dilemas éticos e morais, presentes no cotidiano da prática médica.

É importante entender a diferença entre moral e ética:

- A moral está relacionada à ação concreta, à definição do que é certo ou errado segundo padrões individuais ou coletivos.
- A ética, por sua vez, demanda reflexão — é a capacidade de pensar sobre os próprios atos e suas consequências.

Eis algumas perguntas que todo médico deve se fazer:

- “Ainda que esta ação seja moralmente correta, ela trará benefício real ao meu paciente?”
- “Mesmo sendo certa, essa decisão me fará bem a longo prazo, enquanto profissional e ser humano?”
- “O ganho imediato justifica a decisão, ou poderá comprometer algo mais adiante?”

Essas são reflexões individuais, que exigem honestidade e coragem. Há casos, por exemplo, em que uma atitude considerada errada em determinado contexto pode produzir algum bem — ao menos momentaneamente — para quem a toma. Isso revela a complexidade da vida ética: nem tudo é preto no branco, e o médico vive constantemente inserido nessa zona cinzenta entre o certo e o útil, entre o justo e o necessário.

Esses dilemas acompanham o médico desde o momento em que ele recebe sua carteirinha do Conselho até o último dia de exercício profissional. Eles se manifestam à beira do leito, nos consultórios, nos plantões e nas decisões mais cotidianas da medicina.

Portanto, nunca se esqueça:

3. A moral diz respeito ao certo e ao errado, àquilo que a sociedade, sua formação ou sua cultura definem como aceitável.
4. A ética, por outro lado, trata do bem e do mal — exige ponderação, empatia e sensibilidade.

A moral se constrói com base no seu meio: sua família, sua escola, seus professores, seus colegas. Já a ética é a reflexão pessoal e contínua que cada médico precisa cultivar ao longo da carreira.

No entanto, é fundamental compreender que a ética precisa ser cultivada diariamente, pois ela exige reflexão constante. É a partir dessa análise cuidadosa de nossas próprias ações que conseguimos distinguir, com mais clareza, o que é o bem e o que é o mal — não apenas para o paciente, mas também para nós mesmos, enquanto profissionais e seres humanos.

Evite agir por impulso. É comum surgirem oportunidades sedutoras no início da carreira, como plantões com remuneração elevada ou procedimentos de validade duvidosa — muitas vezes não reconhecidos pelos conselhos profissionais. Mesmo que pareça vantajoso financeiramente, é preciso parar, pensar, ponderar. Não se precipite. Respeite o tempo da sua formação. Respeite o valor do seu diploma e, principalmente, o significado da sua carteira profissional. Conquistar o título de médico exigiu muito esforço. Honre esse processo.

A reflexão ética sobre as ações morais é o que deve orientar sua prática. E aqui surge uma pergunta delicada, mas essencial: **o que é certo? O que é errado? O que é o bem? O que é o mal?** Essas definições nem sempre são absolutas — muitas vezes, se mostram subjetivas e situacionais. “*Mas fulano estava precisando de dinheiro, então fez aquilo para pagar uma reforma*”, ou “*fez muitos procedimentos para comprar um sítio*”, são justificativas comuns. Mas o que elas revelam?

**A resposta, sempre, deve ser pautada pela ética.** A ética, entendida como essa constante reflexão sobre nossas ações e intenções, é o que sustenta verdadeiramente o exercício da medicina. Ela é a alma da prática médica. É por meio dela que se estabelece o elo de confiança entre o médico e o paciente. Ela impulsiona, orienta e dá sentido à relação terapêutica.

**Dr. Leonardo:** Por isso, questione-se: “*Qual futuro eu quero para mim enquanto médico?*” Se seu objetivo for, por exemplo, se estabilizar financeiramente e depois abandonar a profissão, ainda assim será necessário refletir sobre o bem que se está deixando — ou não — à sociedade. Afinal, a medicina é uma profissão de profunda responsabilidade social. Essas reflexões devem fazer parte do cotidiano do médico. Os maiores dilemas na vida médica são éticos e morais — raramente são exclusivamente técnicos. Com o passar dos anos, isso se torna cada vez mais evidente.

E para ilustrar a grandeza dessa responsabilidade, vale retomar um dos trechos mais significativos do juramento hipocrático, que remonta ao século V a.C.:

*“Usarei do meu poder para ajudar os doentes com o melhor da minha habilidade e julgamento. Abster-me-ei de causar dano ou enganar a qualquer ser humano.”*

Note que esse juramento menciona duas dimensões fundamentais: **habilidade e julgamento**. A habilidade depende da formação técnica: do quanto você estudou, treinou e se dedicou à arte de cuidar. O julgamento, por sua vez, exige discernimento ético, maturidade e responsabilidade.

Ao final, somos, de certa forma, juízes da vida de nossos pacientes. Julgamos quando prescrevemos, quando indicamos um exame, quando decidimos por uma intervenção — ou por sua recusa. É por isso que a ética, mais do que um código de conduta, é uma atitude que deve permear cada decisão médica.

**Dr. Leonardo:** Em muitos momentos, caberá ao médico decisões cruciais: “vale a pena investir neste paciente?”, “devemos conversar com a família sobre cuidados paliativos?”, ou mesmo “a melhor conduta, neste caso, é não intervir?”. São julgamentos complexos, mas que fazem parte da responsabilidade que acompanha o exercício da medicina. Por isso, o juramento hipocrático nos adverte: *“Abster-me-ei de causar dano ou enganar a qualquer homem.”*

Esse princípio exige não apenas habilidade técnica, mas também **um julgamento ético maduro e consciente**. Um erro de avaliação, mesmo que não intencional, pode provocar danos irreparáveis. Por isso, o médico precisa estar bem preparado — e muitas vezes esse preparo exige mais do que a graduação pode oferecer. Seja por meio de uma residência médica, de um estágio supervisionado, de uma especialização ou mesmo da convivência com colegas mais experientes, o amadurecimento clínico e ético se constrói com o tempo e com a vivência.

É nesse ponto que vale lembrar uma frase célebre de **Erasmus de Roterdã**:

*“Não há nada tão absurdo que o hábito não torne aceitável.”*

O alerta é importante. Com o tempo, certos comportamentos antiéticos — como acumular plantões de maneira exaustiva, sair antes da hora, não passar corretamente as informações na troca de plantões ou até deixar um serviço descoberto — podem se naturalizar e parecer inofensivos. *“Todo mundo faz”*, “eu preciso pagar minhas contas” ou “é só dessa vez” são justificativas recorrentes. Mas esses pequenos desvios repetidos se tornam hábitos, e hábitos moldam o caráter profissional.

Portanto, esteja atento. O mau hábito, quando incorporado à rotina, tende a parecer normal — **e esse é um dos maiores perigos éticos da vida médica**. Não se deixe seduzir pelo caminho mais fácil. Não comprometa sua integridade por conveniência. A formação ética também é um processo contínuo e exige vigilância constante.

Outro ponto que merece reflexão diz respeito às *“terapias milagrosas”* ou **intervenções ditas revolucionárias**, muitas vezes propagadas por profissionais que se apresentam como exclusivos detentores de técnicas inovadoras. São tratamentos que prometem curas rápidas, resultados impressionantes e reconhecimento instantâneo — mas que, por vezes, não passaram pelo crivo científico ou ético necessário.

Aqui cabe trazer uma citação essencial do bioquímico **Van Rensselaer Potter**, considerado o pai da bioética:

*“Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável.”*

Essa máxima precisa ser gravada por todos os médicos. A inovação, por si só, não justifica a adoção de um tratamento. É preciso questionar: **esse procedimento trará real benefício ao paciente?** Ou será apenas mais um exemplo de medicina voltada ao lucro, em detrimento do cuidado? Há muitos tratamentos que são bons para o médico — e ruins para o paciente.

Portanto, contenha a ansiedade. Respeite seu tempo. Tenha paciência. Seja flexível. Avalie, com cautela, se a conduta que está sendo proposta é realmente adequada. Questione. Reflita. Busque embasamento científico, mas também moral.

A ética não está nos resultados que você promete, mas no compromisso com o bem-estar do paciente.

A medicina praticada com ética é, de fato, gratificante. Poucas experiências são tão enriquecedoras quanto ver a melhora de um paciente, saber que você contribuiu para isso com responsabilidade e consciência. A boa medicina — ética, humana e segura — é fonte de realização pessoal e profissional. Não se perca no caminho.

**Dr. Leonardo:** Por fim, um convite essencial: leiam o **Código de Ética Médica**. **Esse documento, publicado como resolução pelo Conselho Federal de Medicina, é a base legal e moral da nossa profissão.** Nele estão listados **117 deveres e apenas 11 direitos**, o que por si só já revela a magnitude da nossa responsabilidade.

É fundamental que todos os médicos tenham acesso e familiaridade com o **Código de Ética Médica**. Ele está disponível no site do Conselho Federal de Medicina e também pode ser solicitado diretamente ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. Podemos encaminhá-lo em formato PDF, se necessário. Trata-se de um documento essencial, que deve ser consultado regularmente.

O Código de Ética Médica não surgiu do acaso: ele evoluiu conforme os questionamentos, as dúvidas e as infrações que ocorrem na prática do ato médico. É um manual de conduta profissional, que orienta os limites da atuação médica de forma clara e objetiva. Assim como é necessário aprender a dirigir em uma autoescola antes de conduzir um carro, também é obrigação do médico conhecer os fundamentos éticos que regem sua profissão.

Não se trata de algo maçante, mas de um verdadeiro manual de instruções para exercer a medicina de forma segura, digna e responsável. São **117 deveres e apenas 11 direitos**, o que já nos dá a dimensão da seriedade da profissão. Por isso, convido todos a lerem com atenção e incorporarem os princípios do Código em sua prática diária.

Dentre os princípios fundamentais do Código, destaco o inciso III:

*“Para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.”*

Esse princípio deixa claro que buscar boas condições de trabalho e uma remuneração justa não é apenas legítimo, mas necessário. No entanto, é justamente neste ponto que muitos recém-formados caem em armadilhas: **plantões que oferecem ótima remuneração, pouca demanda assistencial, comida boa, conforto... e poucos riscos aparentes.**

Cuidado. Muitas vezes, o que parece tranquilo à primeira vista esconde cenários desafiadores e até mesmo perigosos — tanto para o médico quanto para os pacientes. **Antes de aceitar um plantão, especialmente em locais distantes ou desconhecidos, vá até o local.** Avalie a estrutura, converse com a equipe, procure o diretor técnico e observe a realidade com seus próprios olhos.

Não se deixe iludir pela falsa tranquilidade de um ambiente que pode ser, na prática, **hostil, precário ou até antiético**. E se encontrar algo inadequado, você tem o direito — e o dever — de comunicar ao Conselho Regional de Medicina. Isso não apenas protege sua carreira, como pode evitar danos irreparáveis a outros profissionais e pacientes.

Serviço de emergência é sempre serviço de emergência. Mesmo que, até então, nada tenha acontecido, um AVC, um infarto, uma hemorragia, uma pneumonia aguda ou um trauma podem surgir a qualquer instante. E quando surgirem, o único responsável por aquele paciente será você. Não haverá tempo para improvisos.

**Dr. Leonardo:** E se não houver o material necessário? Se faltar uma lâmina de intubação, um tubo traqueal, um cateter venoso, uma ambulância ou um exame laboratorial básico? A responsabilidade ainda será sua. Mesmo em um sistema fraturado, o médico que assume o plantão assume também a responsabilidade técnica e ética pelo cuidado com os pacientes.

Não há nada mais doloroso para um conselheiro do CRM do que ver um jovem médico respondendo a uma sindicância ética por ter se envolvido em situações evitáveis — muitas vezes por pura falta de avaliação prévia do local de trabalho. Por isso, antes de assumir qualquer função, pergunte-se:

5. Existe estrutura mínima para atendimento de urgência e emergência?
6. Tenho apoio de equipe, de enfermagem, de transporte?
7. Conheço o sistema de referência e contrarreferência da região?
8. Estou sozinho ou em equipe?
9. Sei para onde transferir um paciente crítico?

Porque, a partir do momento em que você acolhe o paciente, ele passa a ser sua responsabilidade integral — mesmo em um ambiente precário. E essa decisão, muitas vezes tomada por necessidade financeira, pode comprometer sua reputação, sua segurança jurídica e até sua carreira como médico.

**Dr. Leonardo:** Por isso, volto a insistir: Respeite seu tempo. Seja paciente. Avalie os riscos. E jamais negocie sua ética em troca de conveniência. Sua formação foi difícil. Seu diploma e sua carteira do CRM representam não apenas uma conquista pessoal, mas um compromisso ético com a vida humana — e isso é inegociável.

Nesse cenário em que saímos da faculdade muitas vezes ávidos por trabalhar, cheios de conhecimento e prontos para atuar, é fundamental compreender que o paciente também é autônomo para decidir sobre seu cuidado. Em muitos serviços de emergência, nos deparamos com situações em que o paciente recusa o tratamento prescrito. Isso é um direito dele. Não cabe ao médico reagir com raiva ou impaciência, mesmo que seja de madrugada e existam dezenas de fichas a serem atendidas.

É preciso refletir sobre o que está acontecendo ali. Como já discutido, o horizonte de todas as decisões médicas deve ser a ética. Quem procura um pronto-socorro não quer outra coisa senão ajuda. O paciente quer cuidado, não agressividade. Quer atenção, não descaso. Precisa de dignidade — uma cadeira para sentar, água para beber, respeito em sua dor.

Valorize seu atendimento. Valorize a semiologia que você aprendeu, a propedêutica que praticou e, principalmente, o seu CRM. Muitos lutaram por esse registro e não conseguiram. Você o conquistou. Por isso, cuide dele. Cuide da sua carreira.

É essencial manter equilíbrio entre as autonomias do médico e do paciente. Explique o que está acontecendo. Fale com o paciente. Mesmo em condições adversas,

conte a ele qual é a proposta de tratamento. Tente trazê-lo para o seu lado. Lembre-se de que você é o detentor do conhecimento, mas ele é a parte mais vulnerável da relação. Seja empático.

*“Vamos amputar a perna da senhora.”*

*“Está bem, doutor.”*

*“Vamos operar seu abdômen.”*

*“Está certo, doutor.”*

Pense: e se fosse sua mãe? Seu pai? Seu filho? Sua esposa? Toda decisão deve passar por essa reflexão. A harmonia entre as duas autonomias — a do médico e a do paciente — é essencial para que se alcance decisões éticas, humanas e acertadas.

As decisões difíceis que enfrentamos na medicina quase nunca são técnicas. A dúvida não é “o que fazer”, mas sim “como fazer com responsabilidade, respeito e humanidade”. E para isso, mais do que conhecimento técnico, precisamos de sensibilidade ética.

O prontuário é a alma do tratamento médico. É nele que se documenta tudo o que foi feito. E ele também serve como instrumento de defesa do médico. *“Mas eu estou atendendo oitenta fichas.”* Ainda assim, reflita: vale a pena negligenciar o prontuário e colocar em risco sua conduta ética e profissional? Se for difícil escrever durante o plantão, use o que a tecnologia oferece. Grave um áudio com as informações clínicas, transcreva depois. No fim do plantão, coloque os fones de ouvido e, ao invés de ouvir música, registre o que é essencial. Um prontuário bem preenchido salva carreiras — e vidas.

Não negligencie essa prática. Evite siglas obscuras e abreviações excessivas. Escreva com clareza. Aponte os sinais e sintomas. Descreva a conduta, os exames solicitados, as decisões tomadas. Assim como você aprendeu na faculdade. Por que mudar agora?

Sim, é possível ganhar dinheiro atendendo muitos pacientes. Mas isso não traz sabedoria. E é a sabedoria, não a conta bancária, que sustentará sua reputação nos próximos 20 ou 30 anos. Pode até ter comprado uma fazenda — mas o que isso significa para sua atuação médica?

Respeite o tempo necessário para que o conhecimento se consolide. E só depois virá a sabedoria. Valorize o processo.

As decisões que tomamos devem sempre ter um horizonte ético — o bem comum. Não apenas o bem do médico, nem apenas o bem do paciente isoladamente, mas o equilíbrio que beneficie ambos e fortaleça o sistema de saúde como um todo.

Quando trocamos qualidade por quantidade, participamos de uma cadeia de atendimentos predatórios, que minam a confiança do paciente na medicina e desgastam a profissão. Um sistema em que o valor do cuidado é trocado por volume de atendimentos é insustentável.

Nesse contexto, dois princípios da bioética devem nortear cada decisão médica:

- Beneficência: fazer o bem.
- Não maleficência: evitar o mal.

**Dr. Leonardo:** São conceitos simples, mas poderosos. A ação do médico deve sempre causar o menor prejuízo possível à saúde do paciente — e isso vale para todos os momentos da carreira, do primeiro plantão ao último atendimento.

É uma ação que não faz o mal. Vocês já ouviram essa máxima inúmeras vezes: *Primum non nocere* — “primeiro, não causar dano”. Mas é importante que essa não seja apenas uma citação repetida mecanicamente. **Todo ato médico, a partir do momento em que se recebe o registro no Conselho Regional de Medicina, deve ser norteado pelo princípio da não maleficência.** A medicina não se resume apenas à faculdade: trata-se de um exercício legalmente autorizado, com profunda responsabilidade social.

Sim, o médico pode realizar atos complexos — como abrir a cabeça de um paciente ou o tórax para uma cirurgia cardíaca —, mas é necessário se perguntar: *estou fazendo isso pelo bem do paciente?* Estou realmente evitando o mal ou apenas atendendo a um desejo técnico ou financeiro?

Isso vale também para procedimentos mais simples, inclusive tratamentos medicamentosos em contextos ainda duvidosos, fora de indicação clara, ou sem respaldo científico robusto. A pergunta continua a mesma: *qual o real benefício para o paciente?* A decisão é técnica, mas deve sempre estar ancorada na ética.

Nesse contexto, **o prontuário médico** se apresenta como um dos instrumentos mais importantes do exercício da medicina. Ele integra o conjunto dos documentos médicos e está diretamente vinculado à identidade e à responsabilidade profissional do médico.

#### 4. A IMPORTÂNCIA DA ASSINATURA E DO CARIMBO MÉDICO

Na medicina, a assinatura do médico possui presunção de veracidade. Isso significa que, ao assinar um documento — seja um prontuário, um relatório, uma receita ou um atestado —, presume-se legalmente que aquilo que foi registrado é verdadeiro. Por isso, o zelo com a assinatura e o carimbo é essencial.

Um carimbo mal utilizado, esquecido ou emprestado, pode ser usado de forma criminosa. Receitas controladas, atestados médicos e prescrições assinadas em branco podem ser adulteradas ou utilizadas indevidamente, gerando graves consequências legais e éticas para o profissional. Há casos reais em que a assinatura médica foi usada em fraudes com medicamentos controlados, tornando o médico responsável por tráfico ou uso indevido de substâncias.

Jamais assine ou carimbe documentos em branco. Jamais delegue sua assinatura a terceiros. Seu carimbo é pessoal, intransferível, e deve ser guardado com o mesmo cuidado que se guarda um documento oficial.

#### 5. O PRONTUÁRIO COMO DOCUMENTO LEGAL E ÉTICO

O **prontuário médico** é um documento do paciente, e a obrigação do médico (ou da instituição hospitalar) é agir como guardião desse documento. O paciente, ou seu representante legal, tem pleno direito de solicitá-lo. Portanto, deve estar corretamente preenchido, datado, assinado e com informações objetivas e claras sobre o atendimento.

Mesmo que a conduta tenha sido adequada — exames solicitados, medicamentos prescritos, encaminhamentos feitos — **nada substitui um prontuário bem registrado**. A ausência de registro compromete a defesa do médico e a continuidade do cuidado ao paciente.

A chamada **medicina defensiva** não se resume à solicitação exagerada de exames. Pelo contrário: ela está em praticar a beneficência e evitar a maleficência, deixando tudo documentado com responsabilidade. A verdadeira defesa está em registrar, com clareza, o raciocínio clínico, a conduta adotada e a evolução do paciente.

Exames podem falhar. Diagnósticos por imagem podem ser mal interpretados. Mas o registro do raciocínio clínico do médico é insubstituível e valioso — para o cuidado, para a ética e para a justiça.

### ***Cuidado com o uso indevido do nome e da identidade médica***

É comum relatos de gestores, prefeitos ou responsáveis por unidades de saúde solicitando ao médico blocos de receitas assinadas ou documentos carimbados para serem usados “em casos urgentes”. Recuse firmemente. Essa prática é ilegal e coloca sua carreira em risco.

Se for ameaçado de demissão por se recusar a assinar ou carimbar documentos em branco, denuncie ao Conselho Regional de Medicina. O risco de manter seu nome vinculado a um documento médico mal utilizado é muito maior do que o desconforto de recusar uma “exigência” inapropriada.

A assinatura médica tem força legal. Emprestá-la é o mesmo que assinar um cheque em branco.

## **6. CERTIFICADO DIGITAL: PROTEÇÃO E PRATICIDADE**

Assim que receber seu CRM, acesse o site do seu Conselho Regional de Medicina (no caso de Goiás, o CREMEGO) e solicite o **certificado digital gratuito**, fornecido pelo Conselho Federal de Medicina. Esse certificado facilita o uso de sistemas eletrônicos, protege a identidade digital do médico e é uma ferramenta importante para assinatura de prontuários eletrônicos, prescrições e laudos à distância.

A **assinatura digital** é uma ferramenta fundamental para o exercício da medicina atual. Trata-se de um **certificado digital com valor legal**, acessado por meio de senha pessoal e aplicativo, que garante segurança e autenticidade à documentação médica.

Com o certificado em mãos, o médico pode acessar a plataforma da **Prescrição Eletrônica**, fruto de parceria entre o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Farmácia. Nela, é possível emitir e armazenar atestados médicos, receitas simples e controladas, prescrições de antibióticos, relatórios clínicos, pedidos de exames e outros documentos oficiais — tudo de forma segura, validada e com acesso gratuito.

**Recomenda-se que todos os médicos recém-formados solicitem seu certificado digital** junto ao Conselho Regional de Medicina. O processo é simples e garantido pela anuidade. Com isso, evita-se o uso indevido de assinaturas e amplia-se a segurança para o próprio médico e para a comunidade.

## 7. A ÉTICA COMO HORIZONTE CONTÍNUO

**Dr. Leonardo:** A esta altura do capítulo, após tantas reflexões, vale reforçar um ponto essencial: a **ética nunca termina**. Não é porque você se formou ou concluiu a residência médica que a reflexão ética se encerra. Ser médico é estar permanentemente diante de dilemas, e a ética é o farol que guia as decisões.

*“Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável.”* Essa máxima — atribuída a Van Rensselaer Potter, pai da bioética — deve ser internalizada por todos. Igualmente, a advertência de Erasmo de Roterdã é atualíssima: *“Não há nada tão absurdo que o hábito não torne aceitável.”*

Por isso, cuidado com os atalhos, com práticas duvidosas, com hábitos aparentemente inofensivos que podem colocar sua carreira em risco. Seja o médico que você gostaria que cuidasse da sua mãe, do seu pai, do seu filho ou da pessoa que você mais ama. Esse é o referencial mais seguro.

E mesmo que, em algum momento, você tenha seguido um caminho questionável, é sempre possível retomar a direção certa. É mais fácil abandonar um mau hábito hoje do que tentar desfazê-lo amanhã. A ética deve ser o alicerce de uma carreira bem-sucedida — profissionalmente respeitada e socialmente comprometida.

### ENCERRAMENTO E INTERAÇÕES

**Dr. Leonardo:** Muito obrigado a todos. Com esse slide eu encerro, e deixo o espaço aberto para perguntas, reflexões e trocas.

**Aluna:** Doutor, boa noite!

**Dr. Leonardo:** Boa noite!

**Aluna:** Meu nome é Amanda. O senhor estava falando, no início, sobre a formação. Tenho duas dúvidas. Primeiro: que cursos o senhor indica para um médico recém-formado que quer se aprimorar, mas não deseja fazer residência ou especialização de imediato? E segundo: já ouvi alguns médicos dizerem que é bom “ir para a prática” antes da residência, para “pegar a mão”. O senhor concorda com isso?

**Dr. Leonardo:** Amanda, obrigado pela pergunta. Vamos por partes.

A primeira questão é sobre  **cursos de aprimoramento fora da residência médica**. Sempre que for buscar um curso, preste atenção **em quem oferece essa formação**. **Dê preferência a cursos que tenham chancela de sociedades médicas reconhecidas**, como o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Sociedade Brasileira de Pediatria, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, entre outras.

Também existem excelentes programas de capacitação oferecidos por **instituições sérias e reconhecidas**, como o **Hospital Sírio-Libanês** ou o **Hospital Albert Einstein**, que têm cursos voltados para recém-formados e médicos em atividade. São alternativas muito mais seguras do que os cursos oferecidos por redes sociais com promessas irreais do tipo “*fique rico em dois meses*” ou “*ganhe R\$ 100 mil sem esforço*”.

A **medicina não é atalho**. É construção. O conhecimento vem antes do dinheiro. E, sim, o dinheiro virá — com dignidade, com trabalho sério, com ética. O médico pode viver bem, pagar suas contas, cuidar da família e ter estabilidade. Não é preciso se desviar da boa medicina para isso.

**Dr. Leonardo:** A segunda pergunta, que você me fez sobre a prática, segue pelo mesmo caminho. Com quem você vai praticar? Não seria muito mais lógico fazer um estágio ou uma residência com alguém que tenha o papel de tutor ou preceptor, do que simplesmente “cair na vida” e começar a praticar por conta própria? Praticar com quem? Que tipo de vícios você pode assimilar ao seguir alguém que esteja desmotivado, frustrado ou que não tem prazer na profissão, e que, muitas vezes, acaba te contaminando com esse desânimo?

Essa reflexão precisa acontecer. Falo por experiência própria: tive diversos estágios extracurriculares desde o terceiro ano da faculdade. Acompanhei pacientes em UTI, porque na época a faculdade não tinha uma estrutura adequada, e eu precisei buscar isso fora. Fui atrás de médicos vinculados a sociedades reconhecidas, como a Sociedade de Pediatria, a Sociedade de Terapia Intensiva e a Sociedade Goiana de Cirurgia. Conheci profissionais muito interessantes.

Agora, bater na porta de um pronto-socorro público só para “dar ponto”, fazer sutura, atender paciente, sinceramente, eu considero isso uma perda de tempo, além de representar um risco. Você pode ser exposta a uma realidade tão adversa que acabe se desiludindo com a profissão. Se a pessoa que está ali estiver comprometida com o ensino, é uma coisa. Mas se for alguém apenas “tocando serviço”, sem didática, sem orientação, você pode sair mais prejudicada do que beneficiada.

Portanto, avalie com cuidado com quem você vai aprender. Sou partidário dos estágios, mesmo que você não tenha conseguido uma vaga na residência médica. Mas escolha bem quem vai te acompanhar. Observe se essa pessoa tem um histórico ético, moral, se possui vínculo com alguma sociedade de especialidade médica. Isso faz toda a diferença.

**Aluna:** Respondeu sim, doutor. Obrigada. E parabéns, excelente aula.

**Dr. Leonardo:** Obrigado! Temos uma pergunta aqui: “*Como faço para conseguir o certificado digital?*”

Você deve **acessar o site do CRM virtual**. Lá, digite “**CREMEGO certificado digital**”. Aparecerá exatamente a tela que mostrei a vocês durante a aula. Clique no botão “**Solicite seu certificado**”. A partir dali, você **iniciará o processo**. Preencha com seus dados, CRM, informações pessoais, e em seguida o sistema vai gerar o seu certificado.

Se tiverem qualquer dificuldade, podem ligar diretamente na ouvidoria do CREMEGO. O setor de tecnologia da informação é extremamente prestativo e está à disposição para tirar dúvidas. Pode ligar, mandar e-mail ou ir pessoalmente. É um processo muito simples.

**Aluna:** Excelente aula. Muito obrigado!

**Dr. Leonardo:** Obrigado a vocês por estarem aqui, mesmo depois de um dia longo, cansativo, cheios de dúvidas. É muito gratificante. Essa é uma aula de caráter preventivo. Tenho um enorme orgulho dos alunos que estão aqui. E digo mais: é um egoísmo meu também, porque vocês serão os médicos da minha família, dos meus filhos. Por isso, quero ajudá-los ao máximo.

Se tiverem dúvidas, o canal da ouvidoria do Conselho Regional de Medicina está sempre disponível. Em qualquer plantão, caso enfrentem situações de risco,

violência, ou qualquer outra complexidade — e acreditem, situações absurdas acontecem — vocês podem acionar o conselho. Não precisam carregar sozinhos o peso de uma responsabilidade ética.

A ouvidoria funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. São médicos de plantão prontos para ajudar em qualquer demanda. E não é um órgão punitivo. Pelo contrário, ninguém quer punir ninguém. O objetivo é acolher e orientar.

Ao finalizar a palestra, Dr. Leonatrd falou sobre qual seria o último tema do curso, ressaltando que as 8 (oito) apresentações serão formatadas em um MANUAL.

**Dr. Leonardo:** Na próxima semana, vamos encerrar o curso com a aula do professor Selmo Sereno Porto. Estamos finalizando os detalhes. Ele é uma pessoa extremamente sensível, e será uma excelente maneira de concluir nosso programa de Boas Práticas Médicas com chave de ouro.

No fim do curso, vamos lançar um **manual** com tudo que foi discutido ao longo das aulas. Será um material digital e, possivelmente, também impresso. Será disponibilizado a todos os médicos, participantes ou não do curso, como fonte de consulta.

Muito obrigado a todos. Que tenham uma boa noite. Valorizem seu diploma, valorizem seu CRM. Quem defende a medicina somos nós. Precisamos lutar por uma medicina justa, ética e de qualidade.

O CRM, a faculdade, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões — todos estão de portas abertas para vocês. Fiquem com Deus. Boa noite!

### **INFORMES FINAIS**

Ao final desta apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de enviar perguntas e comentários por meio do *chat* ao vivo, promovendo uma discussão enriquecedora sobre o tema.

Esta aula, assim como as demais do programa, está disponível no canal oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás no *YouTube*, podendo ser consultada a qualquer momento para aprofundamento ou revisão do conteúdo; ver a aula íntegra através do link informado na abertura do capítulo.

No próximo capítulo, abordaremos o tema: **[A Inteligência Artificial e a Medicina]**.

# [A Inteligência Artificial e a Medicina]

Moderador: Dr. Leonardo Emílio

Palestrante: Dr. Celmo Celeno Porto

Data: 12 de março de 2023

Local: Goiânia – GO

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=tPmbK8XqR1E>

Esta aula foi ministrada em 12 de março de 2023, durante o Programa de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. O tema abordado neste encontro foi *A Inteligência Artificial e a Medicina* com apresentação do Dr. Leonardo Emílio [diretor científico do CREMEGO] e palestra do Dr. Celmo Celeno Porto.

A seguir, apresentamos a transcrição adaptada e revisada da aula, com ajustes para maior clareza e fluidez, mantendo a fidelidade ao conteúdo original.





## [A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E A MEDICINA]

Chegamos à última aula do curso, totalizando oito apresentações. Boa noite!

**Dr. Leonardo:** Hoje temos a honra de receber um ilustre visitante: o professor Celmo Celeno Porto. Dispensa apresentações, mas faço questão de destacar alguns pontos essenciais de sua trajetória.

Professor honorário da Academia Nacional de Medicina, membro emérito da Academia Goiânia de Medicina e presidente do Instituto Brasileiro de Medicina de Excelência (IBMEXPORTO), o Dr. Celmo foi professor da Faculdade de Medicina de Goiás durante muitos anos e também diretor científico do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. Autor de oito livros médicos e inúmeros artigos científicos, ele se mantém ativo nas redes sociais com seu Instagram @professor-celmoporto, onde compartilha reflexões e debates sobre a medicina.

Sempre atento às questões éticas e sociais da prática médica, o professor Celmo é uma referência na defesa da boa medicina. Aos 90 anos, segue iluminando gerações com seu conhecimento e humildade. Por isso, ninguém melhor para encerrar o curso “Boas Práticas Médicas”.

Professor, é uma enorme honra tê-lo aqui. O tema de hoje é “Inteligência Artificial e Medicina”, e sei que o senhor tem muito a contribuir. A palavra é sua.

**Professor Celmo:** Muito obrigado, Dr. Leonardo, por suas gentis palavras—embora um pouco exageradas, devo admitir. Boa noite a todos que nos acompanham neste encontro, tanto presencialmente quanto virtualmente.

O tema escolhido, “*Inteligência Artificial e Medicina*”, está diretamente relacionado ao momento atual. Mas antes de falar sobre isso, gostaria de destacar o papel dos Conselhos Regionais de Medicina, particularmente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Historicamente, os Conselhos se concentram nos aspectos éticos e legais da profissão. No entanto, desde que atuei como diretor científico do CREMEGO, defendi que deveriam também se responsabilizar pela atualização contínua do conhecimento médico. Dessa forma, além de promover uma boa prática profissional, estimulam a excelência na medicina. Este curso é um excelente exemplo desse compromisso.

Agora, entrando no tema central da nossa discussão, quero mencionar um artigo publicado em janeiro deste ano no *New England Journal of Medicine*, resultado

de uma reunião de 25 médicos dos EUA, Europa e Japão sobre inteligência artificial na saúde. O título do artigo, “*To do no harm and the most good with all in Health-care*”, pode ser traduzido de diferentes formas. Minha versão seria “Para não causar malefícios e fazer o que há de melhor com a Inteligência Artificial nos cuidados de saúde”. Consultei o “*Dr. Chat*” sobre a tradução, e ele sugeriu: “*Fazer o menor mal e o maior bem com a Inteligência Artificial, na saúde*”. Qual tradução o senhor prefere, Dr. Leonardo?

**Dr. Leonardo:** Creio que ambas se referem aos princípios fundamentais da bioética: beneficência e não-maleficência.

**Professor Celmo:** Exatamente! O primeiro parágrafo do artigo apresenta um caso muito ilustrativo:

*“Uma paciente com câncer insere suas informações médicas em um chatbot e descobre que seu oncologista identificou de maneira equivocada o subtipo do tumor e prescreveu o tratamento errado.”*

Este exemplo demonstra como a IA está acessível a todos, não apenas aos médicos. O fato de a paciente ter identificado um erro do oncologista representa uma revolução na prática médica. Isso é uma disrupção genuína.

E já que mencionamos “disrupção”, é importante ressaltar que não se trata de um conceito vazio. Ele tem base na teoria social criada por Clayton Christensen, economista da Harvard Business School. Christensen analisou a indústria automobilística americana e identificou dois princípios fundamentais da inovação disruptiva:

1. Avanços tecnológicos que introduzem novos padrões criam rupturas profundas no mercado.
2. As consequências da inovação disruptiva são imprevisíveis.

Essas mudanças atingem todos os setores, incluindo a medicina. Como exemplo, a Telemedicina evoluiu tão rapidamente que uma resolução foi criada para regulá-la, mas tornou-se obsoleta em menos de um ano.

A nanotecnologia também impulsiona essa revolução. Equipamentos médicos estão sendo miniaturizados, tornando possível sua utilização de formas inimagináveis décadas atrás — como a endoscopia por cápsula e ultrassons portáteis. Essa transformação pode ser comparada à invenção do estetoscópio há mais de 150 anos.

E assim como o estetoscópio mudou radicalmente a forma como os médicos analisam sons internos do corpo, a inteligência artificial também impactará a medicina profundamente. Um dos maiores exemplos disso é o **Prontuário Eletrônico**.

Os aplicativos de IA já são capazes de criar prontuários clínicos melhores do que os feitos manualmente pelos médicos. Eles captam toda a entrevista médica, organizam as informações automaticamente e geram um prontuário completo sem que o médico precise digitar nada. Isso não apenas otimiza o trabalho médico, mas melhora a relação médico-paciente ao permitir que o profissional dedique toda sua atenção ao paciente, sem se preocupar com anotações.

Essa revolução no registro de prontuários é apenas um dos muitos impactos da IA na medicina. Estamos vivendo o início de uma grande transformação, e precisamos aprender a lidar com essas mudanças com humildade e visão crítica.

## 1. O PAPEL DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA MEDICINA

**Professor Celmo:** A inteligência artificial tem uma capacidade impressionante de interpretar dados e estabelecer relações entre informações, possibilitando diagnósticos mais precisos do que os feitos por médicos, devido à sua memória extremamente abrangente.

Os médicos baseiam suas hipóteses diagnósticas na frequência das doenças que encontram. É um raciocínio heurístico—o próximo paciente desperta uma hipótese baseada em experiências anteriores. Especialistas tendem a pensar primeiro nas doenças de sua especialidade, pois estão mais familiarizados com elas.

Os aplicativos de IA, por outro lado, não possuem esse viés. Eles analisam todas as possibilidades porque armazenam vastos conhecimentos da medicina—diretrizes, consensos, livros e estatísticas detalhadas. Isso lhes permite fornecer hipóteses diagnósticas hierarquizadas, considerando a probabilidade de cada doença com base nos dados fornecidos pelo paciente, sem desprezar nenhuma informação.

Eu, por exemplo, vi cerca de 30 mil pacientes ao longo da minha carreira, mas não memorizei tudo. Sempre que encontrava um caso raro ou um quadro atípico, precisava explorar diferentes caminhos até chegar a um diagnóstico. A inteligência artificial, por sua vez, utiliza um raciocínio matemático e estatístico para aventar hipóteses diagnósticas, tornando esse processo mais eficiente.

Se um paciente apresenta sintomas de amigdalite bacteriana, a IA indicará que o tratamento adequado é a penicilina. Porém, se for viral, o antibiótico não apenas será inútil, como pode gerar efeitos colaterais graves, como choque anafilático. A IA nos fornece probabilidades estatisticamente mais consistentes, ajudando na escolha dos exames complementares mais adequados para confirmar o diagnóstico.

## 2. FIM DOS EXAMES DE ROTINA?

**Professor Celmo:** A IA pode impactar significativamente a forma como solicitamos exames laboratoriais. Atualmente, ainda há uma herança do século passado: exames de rotina. No passado, os laboratórios tinham uma capacidade limitada, então os médicos solicitavam apenas um pequeno conjunto de análises.

Hoje, existem milhares de exames disponíveis, e a escolha precisa ser rigorosamente fundamentada em hipóteses diagnósticas consistentes. Com a IA, os exames serão solicitados de maneira mais objetiva e eficiente, eliminando a necessidade de pedidos padrão.

### *Alternativas Terapêuticas*

Além dos prontuários clínicos e dos diagnósticos, a IA também auxilia na escolha do melhor tratamento. Ela sugere alternativas terapêuticas baseadas em diretrizes e protocolos.

Por exemplo, diante da hipótese de isquemia miocárdica, a IA pode indicar se é angina ou infarto, analisar a presença de oclusão coronariana e avaliar possíveis complicações. Com uma probabilidade diagnóstica precisa, o médico terá mais confiança na escolha do tratamento adequado.

Foi isso que me chamou atenção ao ler o artigo publicado no *New England Journal of Medicine*: a medicina entrou em uma nova era. Devemos estudar e discutir esses avanços, pois envolvem aspectos científicos, econômicos, éticos e legais.

### **O Papel dos Conselhos Regionais**

Diante dessas transformações, os Conselhos Regionais de Medicina terão um papel cada vez mais relevante. Não apenas como órgãos reguladores, mas também como promotores de atualização e capacitação profissional.

**Professor Celmo:** Após cinco anos de formado, um médico já precisa lidar com novos exames e medicamentos que não existiam durante sua graduação. Muitos médicos generalistas, sem especialização, enfrentam dificuldades para acompanhar essas mudanças, pois não têm acesso regular a congressos e publicações científicas.

Os Conselhos Regionais devem assumir a responsabilidade de oferecer cursos e oportunidades de aprendizado contínuo, garantindo que todos os profissionais—especialistas e generalistas—estejam preparados para lidar com os avanços da medicina.

Conversei sobre isso com a Dra. Sheila e percebo que, em Goiás, muitos médicos que não são especialistas não possuem uma associação ou sociedade científica para apoiá-los. Eles simplesmente ficam sem acesso adequado à atualização médica.

O Conselho Federal de Medicina está distante dessa realidade. São os Conselhos Regionais que precisam assumir essa missão de garantir suporte contínuo aos médicos. Aqui é a casa dos profissionais da saúde, e o Conselho deve estar próximo deles.

### **A Tecnologia na Prática Médica**

A inteligência artificial possibilita que qualquer médico tenha acesso a recursos avançados diretamente no smartphone. Isso se aplica não apenas à IA, mas também à utilização de equipamentos inovadores, como ultrassons portáteis, estetoscópios eletrônicos e oxímetros digitais.

**Professor Celmo:** Um exemplo claro de transição disruptiva na medicina é o diagnóstico de gravidez. Décadas atrás, o diagnóstico de gravidez era baseado apenas no atraso menstrual. Se uma mulher não apresentasse sinais evidentes, como náuseas ou ingurgitamento das mamas, a única alternativa era esperar.

Nos anos 1950, surgiu a reação de Galli Manini, que permitia detectar gonadotrofinas na urina por meio da espermatogênese de sapos machos. Apesar de ser revolucionário, o método era pouco prático e caro.

Com o avanço da bioquímica, passou a ser possível dosar diretamente os hormônios, eliminando a necessidade do sapo.

Hoje, qualquer pessoa pode comprar um teste rápido na farmácia por poucos reais, adicionar algumas gotas de urina e obter o resultado em minutos.

Isso demonstra a magnitude das transições disruptivas na medicina, que afetam médicos, pacientes, laboratórios e até indústrias de equipamentos médicos.

### 3. TESTES RÁPIDOS E A REVOLUÇÃO DIAGNÓSTICA

Hoje, qualquer farmácia oferece cerca de 50 testes rápidos que podem ser realizados em casa, no consultório ou à beira do leito. Caminhamos para um futuro em que praticamente todas as doenças poderão ser diagnosticadas dessa forma, tornando essa inovação uma verdadeira transição disruptiva com consequências imprevisíveis, como previu Clayton Christensen.

**Professor Celmo:** Recentemente, li um artigo sobre o uso de testes rápidos para dosagem de troponinas, o melhor marcador bioquímico de necrose miocárdica. Se um paciente apresenta sintomas sugestivos de infarto agudo do miocárdio, bastam algumas gotas de sangue para confirmar ou descartar a suspeita. Essa capacidade de diagnóstico instantâneo à beira do leito elimina a necessidade de deslocamento para exames complementares, acelerando decisões clínicas e aumentando as chances de sucesso no tratamento.

#### *A Evolução do Exame Clínico*

**Professor Celmo:** Sempre digo que o **exame clínico** é o ato médico fundamental, a base de tudo. E ele também está passando por mudanças profundas. A incorporação de dispositivos portáteis ao exame físico, que antes parecia algo distante, já é uma realidade.

Pensemos na medição da pressão arterial. Quando surgiu o esfigmomanômetro de mercúrio, poucos médicos o adquiriam devido à dificuldade de transporte e calibração. Depois veio o aparelho aneróide, mais prático, mas que ainda exigia habilidade para identificação dos sons na prega do cotovelo.

Hoje, com o **esfigmomanômetro eletrônico**, basta apertar um botão para visualizar a pressão sistólica, diastólica e a frequência cardíaca. Se o médico não tiver um, provavelmente o paciente terá!

A revolução tecnológica já está afetando até exames tradicionalmente feitos apenas em laboratório. O próprio paciente pode monitorar sua pressão ao longo da semana, eliminando a necessidade do MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial). Da mesma forma, os **glicosímetros** permitem um controle contínuo da glicemia, contribuindo para o melhor manejo do diabetes e uma qualidade de vida superior.

Essa autonomia do paciente reduz etapas burocráticas e acelera decisões médicas, tornando o processo muito mais eficiente.

#### *A Revolução dos Dispositivos Portáteis*

Entre os aparelhos miniaturizados, o **ultrassom portátil** é um dos mais revolucionários. Ele se torna uma extensão das mãos, dos olhos e dos ouvidos do médico, e já está sendo incorporado ao exame físico, assim como o estetoscópio, o termômetro e o oxímetro.

**Professor Celmo:** Quando meu neto, Dr. Frederico Porto, começou a residência em clínica médica, eu disse a ele: *“Se quiser ser um médico moderno, precisa ter um ultrassom portátil na sua maleta. Ele será tão essencial quanto o aparelho de pressão e o oxímetro.”*

O ultrassom portátil é fácil de manejar. Com um transdutor acoplado ao smartphone, tablet ou notebook, o médico pode visualizar imagens em tempo real.

Isso transforma completamente a avaliação clínica. nPor exemplo, ao auscultar um **sopro sistólico** na área mitral, o médico pode imediatamente utilizar o ultrassom para confirmar se há regurgitação do sangue do ventrículo esquerdo para o átrio esquerdo. Ou seja, em vez de inferir o que está acontecendo apenas pelo som do sopro, ele vê a causa. Isso não é futurologia — já é realidade.

Além do ultrassom portátil, o **eletrocardiógrafo** também pode ser miniaturizado, permitindo diagnósticos rápidos e acessíveis.

### *A Medicina e a Transição Disruptiva*

**Professor Celmo:** Essas mudanças não seguem o padrão tradicional de evolução científica descrito por **Thomas Kuhn**, onde um novo paradigma leva séculos para se consolidar. No passado, entre Vesalius (que descreveu a anatomia humana) e Harvey (que explicou a circulação sanguínea), passaram-se mais de **200 anos**. Entre Harvey e Morgagni, que inaugurou a anatomia patológica, mais **100 anos**.

Hoje, as mudanças ocorrem em décadas, anos ou até meses.

Diante dessa transformação acelerada, como devemos preparar os médicos para a nova realidade?

O exame clínico precisa ser modernizado sem perder sua essência como o ato médico central. Essa revolução impactará instituições de ensino e prática médica, incluindo os Conselhos Regionais, que terão um papel crucial na capacitação de médicos generalistas.

Muitos médicos formados não fazem especialização e vão direto para o sistema de saúde, atuando em **postos, UBSs, UPAs** e emergências. É nessa linha de frente que um diagnóstico precoce pode fazer toda a diferença.

A solução para a qualidade da saúde não está na Telemedicina ou em robôs— está na **formação contínua de médicos generalistas**, garantindo que possam atuar com eficiência na atenção primária e nos atendimentos de urgência e emergência.

### *O Futuro da Formação Médica*

**Professor Celmo:** As escolas médicas terão que adaptar seus currículos, mas, como sempre, isso acontecerá com lentidão. Ainda assim, será inevitável preparar os médicos para atenderem com excelência no nível de clínico geral, que é a base do sistema de saúde.

Nem todos terão vagas para especialização, então será necessário um modelo de aprendizado contínuo que permita que todos os médicos—especialistas ou generalistas—possam acompanhar os avanços disruptivos da medicina.

## **CONCLUSÃO: O FUTURO DA MEDICINA E O PAPEL DO MÉDICO**

**Professor Celmo:** Ao longo da minha carreira, tive o privilégio de atuar por 30 anos como médico no **Posto de Saúde dos Ferroviários de Goiânia**. Conheço bem as dificuldades desses locais, mas também sei que é possível oferecer uma medicina de alta qualidade.

A propósito, um conselho: evitem chamar esses locais de **“Postinho”**, como costumamos ouvir por aí. Afinal, ninguém diz que trabalha em um **“Hospitalzinho”**.

Esse diminutivo acaba desvalorizando o trabalho feito nos postos de saúde, e eu sempre tive grande orgulho da minha atuação nesses espaços.

As novas tecnologias já estão disponíveis para médicos e pacientes. Não vejo problema algum se os pacientes utilizarem dispositivos inteligentes para medir pressão arterial, temperatura ou oxigenação. Um paciente bem informado e equipado se torna mais empoderado e participa ativamente do próprio cuidado.

Ainda assim, reforço um ponto essencial: a primeira consulta sempre precisará ser presencial. Um exame clínico moderno não pode ser feito virtualmente. As doenças podem parecer semelhantes, mas os pacientes nunca são inteiramente iguais, e essa individualidade só pode ser compreendida quando o médico está diante da pessoa.

O exame clínico sofrerá mudanças com a incorporação de tecnologia, mas não podemos perder o essencial: o olhar, o toque e a escuta.

*> A inspeção é técnica, mas o olhar é humano. > A palpação é técnica, mas o toque é humano. > A ausculta é técnica, mas o ouvir é humano.*

Nenhum robô poderá substituir essa relação, porque não é humano — mesmo que tenha aparência humanoide.

Além disso, o poder de decisão sempre será do médico. A IA pode oferecer sugestões diagnósticas e terapêuticas, mas jamais terá responsabilidade ética e legal.

Esses são os **dois pilares** que definirão o médico do futuro:

1. Coleta eficiente de dados com tecnologia avançada.
2. Tomada de decisão baseada na experiência, no julgamento clínico e na ética médica.

Tudo o mais poderá ser auxiliado pela inteligência artificial e pela revolução tecnológica, o que será extremamente benéfico para os médicos, pacientes e para o sistema de saúde como um todo. Resistir a essas mudanças não faz sentido. Não devemos temê-las, mas sim aprender a nos adaptar, pois este é apenas o início de uma nova era da medicina.

O que todos desejamos é praticar e receber uma **medicina científica**, fundamentada não apenas nas ciências biológicas, mas também nas **ciências sociais e humanas**.

Minha visão sobre a arte clínica é: *“Levar para cada paciente todas as ciências.”*

Porque nunca sabemos exatamente o que o paciente realmente precisa.

**Professor Celmo:** Antes de encerrar, deixo um parêntese importante: estou preparando um segundo curso para a Internet sobre **semiologia da pessoa idosa**.

Considerando que **cada paciente é único**, a individualidade dos idosos é ainda mais marcante. As características genéticas, combinadas com fatores ambientais, tornam impossível encontrar **dois idosos idênticos** — especialmente quando adoecem.

Isso explica por que é tão difícil realizar ensaios clínicos com pacientes idosos. Em pesquisas sobre hipertensão arterial, por exemplo, geralmente só encontramos estudos com pacientes de até **70 anos**. No entanto, hoje há um número crescente de pessoas com **80, 90** ou até **100 anos**, que necessitam de acompanhamento adequado.

Meu filho, **Dr. Arnaldo Porto**, cardiologista, comentou comigo que em um dia de atendimento, 8 em cada 10 pacientes são idosos.

Além de múltiplas condições clínicas, esses pacientes costumam fazer uso de vários medicamentos simultaneamente, o que caracteriza a polifarmácia. Sabemos que há estudos sobre interação entre dois medicamentos, mas não há pesquisas sobre interações entre cinco ou mais substâncias.

Provavelmente, a **inteligência artificial** terá um papel essencial nisso, ajudando a identificar combinações mais seguras e eficazes.

Por isso, gostaria de estar iniciando minha trajetória médica agora!

### ***O Papel dos Conselhos Regionais de Medicina***

**Dr. Leonardo:** Aproveito para informar que o **Conselho Regional de Medicina de Goiás** oferecerá gratuitamente vários cursos para os médicos do estado:

1. 11 cursos de ATMS (Metotrauma)
2. 8 cursos de ACMS (Cardiologia)
3. 6 cursos de PAUS (Pediatria)
4. Bases do Exame Clínico Moderno para a Prática de uma Medicina de Excelência, curso do Professor Celmo Porto

Essa iniciativa visa apoiar médicos que não tiveram a oportunidade de fazer especialização, garantindo que se mantenham atualizados no mercado.

A medicina está passando por mudanças significativas, mas a humanidade do médico não pode ser perdida.

Nenhuma inteligência artificial, robótica ou telemedicina substituirá isso. O que estamos vendo não é o fim da medicina, mas sim o início de uma nova era para a profissão médica.

A tecnologia será uma aliada, mas será essencial continuar estudando, desenvolvendo percepção, tato e humanização, e cultivando o poder de observação.

Quando um paciente chega ao consultório, é possível enxergar todo um cenário familiar por trás daquele atendimento — uma mãe aflita, um filho preocupado, um pai desesperado.

Às vezes, um paciente pegou dinheiro emprestado para chegar ali. Nenhum robô pode compreender isso. O robô pode sugerir um diagnóstico, mas quem acolhe, decide, trata e assume a responsabilidade é o médico.

**Dr. Celmo:** Por isso, acredito que: *“Tratar é fácil, cuidar é que é difícil.”*

**Dr. Leonardo:** Professor Celmo, é um grande prazer tê-lo conosco. Sua presença foi essencial para o encerramento deste curso.

**Dr. Celmo:** Antes de terminar, aproveito para divulgar meu Instagram: @professorcelmoporto.

**Dr. Leonardo:** Sigam o professor! Já são **140 mil seguidores**, que acompanham seus valiosos insights sobre medicina e ética.

**Dr. Celmo:** Muito obrigado, Dr. Leonardo e Dra. Sheila. Foi um prazer retornar ao **CREMEGO**, onde tive a oportunidade de atuar com colegas brilhantes.

Tenho certeza de que o **Conselho Regional de Medicina** sempre manterá sua relevância e compromisso com a formação médica.

**Dr. Leonardo:** A aula ficará disponível no *YouTube* do Conselho Regional de Medicina, para que todos possam revê-la e refletir ainda mais sobre seu conteúdo. Na próxima semana, iniciaremos novas atividades e buscaremos consolidar um *Manual de Boas Práticas Médicas*, abordando temas como:

- O preenchimento correto do prontuário
- O valor do carimbo e da assinatura do médico
- A importância da decisão clínica em procedimentos
- A ética na prática médica

O papel do Conselheiro é guiar os médicos em direção à responsabilidade, beneficência e não-maleficência.

E sempre com a reflexão fundamental:

*“Nem tudo o que é cientificamente possível é eticamente aceitável.”*

Assim encerramos este curso. Muito obrigado, Professor Celmo! Muito obrigado a todos!

### **INFORMES FINAIS**

Ao final desta apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de enviar perguntas e comentários por meio do *chat* ao vivo, promovendo uma discussão enriquecedora sobre o tema.

Esta aula, assim como as demais do programa, está disponível no canal oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás no *YouTube*, podendo ser consultada a qualquer momento para aprofundamento ou revisão do conteúdo; ver a aula íntegra através do link informado na abertura do capítulo.

Com o final das exposições e palestras foi finalizado o curso com o compromisso de ser editado um *Manual de Boas Práticas Médica* com os temas abordados ao longo das oito aulas.





## SOBRE AUTORES, PALESTRANTES E DEBATEDORES

### **Celmo Celeno Porto (CRM/GO 650)**

**Cardiologista e Clínica Médica** | Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1958 e foi chefe do Departamento de Clínica Médica, além de coordenador do curso de Medicina e diretor da Faculdade de Medicina da UFG. É membro emérito da Academia Goiana de Medicina, membro honorário da Academia Nacional de Medicina, onde foi seu primeiro presidente. Autor de diversos livros como “*Vademecum de Clínica Médica*” e “*Cartas aos Estudantes de Medicina*”. Atualmente é professor orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG, membro do Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Santa Helena e presidente do Instituto Brasileiro de Medicina de Excelência (IBMEXPORTO).

### **Donaldy Gustavo da Silva Sampaio (CRM/GO 13514)**

**Cardiologista e Auditoria Médica** | Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Goiás (UFG) em 2008, é Conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Goiás (Cremego) e diretor de Relações Institucionais da Sociedade Goiana de Cardiologia, foi coordenador de auditoria da Unimed Goiânia e Ipasgo. Atua como médico auditor da Procuradoria Setorial na Secretaria Estadual de Saúde, além de ser, atualmante, cardiologista do Hospital Albert Einstein, Hospital Amparo, Hospital Premium Mater Dei e Cardio 3D Diagnósticos.

### **Gustavo Fernandes Pereira**

**Advogado** | Graduado em Direito pela FMU/SP e Mestrado em Gestão da Saúde pela FGV/SP (2017), especialista em Compliance pelo IDPEE/Universidade de Coimbra, possui MBA em Gestão da Saúde pela FIA/USP. É também pós-graduado em Direito Constitucional pela ESDC/SP. Atua como Diretor Jurídico e de *Compliance* e é membro do Comitê de Conduta do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Representando esta instituição, coordena o Grupo de Trabalho de Compliance da ANAHP (Associação Nacional dos Hospitais Privados). É membro da Comissão de Direito Médico da OAB/SP, onde também exerce a função de Coordenador de Compliance. Além disso, é professor da disciplina Legislação, Regulação e Judicialização em Saúde no Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade – Linha Saúde, da FGV/SP.

### **Ildeu Afonso Almeida Filho (CRM/MG 26028)**

**Ortopedia e Traumatologia** | Graduado Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1991. Possui Residência em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Felício Rocho (1992-1995) e Clinical & Research Fellow pela Universidade de Nottingham/Inglaterra (1997-1998). Atuou como Diretor da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo de 2013 a 2018 e Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia /MG em 2014. Foi Coordenador do Serviço de Ortopedia do Hospital Felício Rocho entre 2015 e 2018, além de Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo 2019. Entre os anos de 2018 e 2023 foi Conselheiro do CRM/MG.

### **Leonardo Emílio da Silva (CRM/GO 5878)**

**Cirurgião Geral e Endoscopia Digestiva** | Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Goiás (UFG) em 1990, é médico cirurgião e atua como cirurgião geral com foco em endoscopia digestiva. É Conselheiro Federal Suplente pelo estado de Goiás no CFM e Diretor Científico e Corregedor de Sindicâncias no CRM-GO. Além de coordenar a Câmara Técnica de Telemedicina no CRM-GO desde 2023–2028, é também coordenador de diversas câmaras técnicas no Cremego, incluindo Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Bariátrica e Metabólica além de Diretor Científico do Cremego.

### **Márcio de Castro Ferreira (CRM/SP 107438)**

**Ortopedia e Traumatologia** | Graduado em Medicina pela Universidade de Vassouras (FUSVE) em 2002, atua como médico ortopedista do Centro de Ortopedia e Reabilitação do Esporte (CORE) no Hospital do Coração (HCor) em São Paulo. Possui MBA em Gestão de Saúde e Doutorado pela UNIFESP. É membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ), além de Coordenador do Programa Clínico em Artroplastia - JCI e Gerente de Boas Práticas Assistenciais e Sinistro da Seguros Unimed.

### **Renato Miranda de Melo (CRM/GO - 11303)**

**Ortopedia e Traumatologia** | Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1983, atualmente é Cirurgião Geral, membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2005). Médico assistente do Serviço de Hérnias Complexas do Hospital Municipal de Aparecida (HMAP). Possui Mestrado pela Escola Paulista de Medicina-UNIFESP (1993), Doutorado pela Faculdade de Medicina-UFMG (2004) e Pós-doutorado junto à Escola de Engenharia Mecânica-UFG (2022) e Professor Associado (aposentado) do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFG. Desde fevereiro de 2023, concentra sua prática no Hospital Municipal de Aparecida (HMAP), sob gestão do Hospital Albert Einstein, onde coordena o Serviço de Cirurgia da Parede Abdominal.

### **Robson Paixão de Azevedo (CRM/GO 4781)**

**Ortopedista e Traumatologista** | Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA) em 1985. Ocupa o cargo de 2º Secretário do CRM-GO. Coordenador da Câmara Técnica de Dor no Cremego (12ª gestão). É professor concursado na PUC-Goiás e médico major da Polícia Militar de Goiás. Atua no Hospital Ortopédico de Goiânia.

### **Colofão**

Este manual foi elaborado com a família das fontes  
Alegreya Sans e Fira Sans ]  
Tiragem: 1.000 exemplares  
Impresso no Brasil - julho 2025

O Manual de Boas Práticas Médicas é uma iniciativa do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego), pensada para apoiar os médicos no exercício ético, seguro e atualizado da profissão. A publicação reúne conteúdos essenciais discutidos por grandes especialistas em lives promovidas pelo Conselho, trazendo temas que refletem os desafios e responsabilidades da prática médica contemporânea. Assuntos como compliance, ato médico, telemedicina, Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), relação entre médico assistente e auditor, Termo de Consentimento Esclarecido e elaboração de documentos médicos estão entre os tópicos abordados de forma clara e objetiva. Com esta publicação, reafirmamos o papel institucional do Cremego de orientar, valorizar e apoiar os médicos de Goiás, promovendo boas práticas em todas as esferas do cuidado.

