

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE DIREITO

VALFREDO BATISTA

**O PROJETO TELESSAUDE BRASIL REDES E O CÓDIGO DE DEFESA
DO CONSUMIDOR**

NATAL/RN

2017

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE DIREITO

VALFREDO BATISTA

**O PROJETO TELESSAUDE BRASIL REDES E O CÓDIGO DE DEFESA
DO CONSUMIDOR**

Trabalho de Conclusão de Curso do curso de direito apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) como requisito final para obtenção do título de bacharel em direito.

Orientador: Prof. Me. Abraão Luiz Filgueira
Lopes

NATAL/RN

2017

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar a relação médico-paciente contemporânea num contexto de uso das novas tecnologias e particularmente no cenário provocado pelo projeto “Telessaúde Brasil Redes”, considerando as tecnologias da informação envolvidas em relação à área da saúde pública do Estado do Rio Grande do Norte. Busca-se promover a discussão do uso dessas tecnologias pelos profissionais da área da saúde pública, em integração com os demais profissionais dos diversos Hospitais e Unidades de Saúde. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica. É notável a importância da política implementada pelo projeto Telessaúde Redes na área da saúde pública, sendo necessário aferir a sua juridicidade sob o contexto do dever de informação do profissional médico e do direito de informação ao paciente, problemática a ser desenvolvida a partir do método dedutivo. Conclui que há uma relação de consumo entre médico e paciente, a exigir a observância do dever de informação adequada, o que deve ser uma realidade também no contexto do projeto Telessaúde Brasil Redes.

Palavras-chave: *Telessaúde. Direito de informação. Código de Defesa do Consumidor. Saúde Pública.*

ABSTRACT

This article aims to analyze the contemporary doctor-patient relationship in the context of new technologies, particularly in the scenario of the project “Telessaúde Brasil Redes”. It will consider the information technologies involved when it comes to the field of public health in the State of Rio Grande do Norte. Moreover, it is sought to promote a discussion on the use of these technologies by professionals of the public health field, in integration with the other professionals of different Hospitals and Health Units. Hence, a bibliographical research was carried out. The importance of the policy implemented by the project Telessaúde in the area of public health is remarkable. Therefore, it is necessary to assess its legality under the context of doctor's duty of disclosure and patient's right to information. Such problematic will be developed from the deductive method. It can be concluded that there is the relationship of consumption between doctor and patient, which requires adequate observance of the duty of disclosure. Such aspect must be as well a reality in the context of the project “Telessaúde Brasil Redes”.

Keywords: *Telessaúde; Right to Information; Public health.*

1 INTRODUÇÃO

Dentro de suas transformações, a medicina agrega as tecnologias que surgem em benefício dos profissionais envolvidos e pacientes, tudo se voltando a uma mais rápida e eficiente disseminação da informação, utilizando, para isto, meios computacionais e modernos de comunicação entre diversas equipes (médica, de enfermagem, farmacêutica, de Serviço Social, Nutrição, Bioquímica etc.). É um momento que aponta novas possibilidades de interação e compartilhamento de informação. Assim, as tecnologias da informação tornaram-se prática bastante difundida na área da saúde pública, privada, internacional e nacional.

Há vários anos, os profissionais médicos usam tecnologias de comunicação, como o telefone e o fax, em seu próprio benefício como também de seus pacientes. Com o desenvolvimento de novas tecnologias, passou a existir uma maior variedade de opções no intercâmbio de informações entre todas as pessoas envolvidas nesse contexto.

Preocupando-se com as normas e princípios éticos que devem ser aplicados pelas equipes que utilizam as tecnologias da informação – como a vídeo conferência, teleconsultoria, web conferência – são alguns meios que facilitam as atividades dos profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes, possibilitando a reunião desses com médicos geograficamente distantes para difusão do conhecimento na área da saúde.

Nesse sentido, o ambiente da internet e seus canais de comunicação trazem também a oportunidade de acesso aos serviços médicos, independentemente da localização física, via análise remota de casos complexos a fim de realizar procedimentos, desde uma discussão de temas específicos até uma cirurgia remotamente realizada.

À vista disso, este trabalho busca debater as novas formas de interação entre os diversos profissionais de saúde e pacientes, ressaltando como esses meios tecnológicos são recebidos pelo Direito, a partir da aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e, particularmente, dentro do conflito entre direito à informação do ponto de vista do paciente e dever de informação sob o ângulo do profissional de saúde.

Para tanto, vale-se do método dedutivo, com a realização de pesquisa bibliográfica, a revelar o contexto jurídico da relação médico-paciente, especialmente quando são lançadas novas tecnologias na prestação dos serviços de saúde, como o programa Telessaúde Brasil Redes, cujo significado, alcance e características serão discutidos no contexto deste artigo.

2 PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES

Em se tratando de tecnologias no apoio ao atendimento ao paciente, será apresentada a seguir uma abordagem do Programa Telessaúde Brasil Redes, levando em consideração que o uso das tecnologias empregadas, onde há necessidade dos profissionais manipularem inúmeras informações do paciente, obedecerá ao contexto jurídico, observando o dever de informação do profissional médico e o direito de informação ao paciente sob a ótica de tal projeto.

Com a evolução cada vez mais evidente das aplicações das tecnologias de forma integrada ao cuidado do paciente, tanto de forma local quanto através do uso da internet, as políticas na área da saúde avançam na consolidação ao apoio dos profissionais da área da saúde pública, beneficiando pacientes, resguardando o dever da informação do profissional médico e o direito de informação ao paciente.

A fim de que haja conhecimento sobre o projeto Telessaúde Brasil Redes e as suas ferramentas, será abordado o seu contexto de acordo com cada aplicação que, em seu conjunto, torna viável a sua implementação, inclusive no contexto jurídico. Nesse sentido, o Telessaúde tem sido concebido como o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para oferecer serviços e cuidados em saúde à distância.

Frequentemente, o termo Telessaúde é empregado como sinônimo de Telemedicina e e-saúde. Há diversos conceitos que ampliam o escopo do Telessaúde a inúmeras atividades relacionadas à saúde. As tecnologias podem ser definidas como via para promoção de saúde, relacionada a serviços de informação, através de serviços. Assim, os serviços de Telessaúde podem ser simples, como dois profissionais de saúde discutindo um caso de paciente por telefone, ou mais sofisticados com uso de webconferências, sistemas de registros eletrônicos e uso de robótica. O bom atendimento em saúde depende da discussão sobre o caso do paciente, daí vem a possibilidade de uso de ferramentas do Telessaúde a fim de ampliar os horizontes dessa rotina.

2.1 UMA AÇÃO NACIONAL

O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Tele-educação.

A implementação do Programa se iniciou em 2007 com o Projeto Piloto em apoio à Atenção Básica envolvendo nove Núcleos de Telessaúde localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com a meta de qualificar aproximadamente 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional e alcançar os seguintes objetivos:

- Melhoria da qualidade do atendimento na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção.
- Expressiva redução de custos e do tempo de deslocamentos.
- Fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso.
- Melhor agilidade no atendimento prestado.
- Otimização dos recursos dentro do sistema como um todo, beneficiando, dessa forma, aproximadamente 10 milhões de usuários do SUS.

2.2 INFORMATIZAÇÃO E TELESSAÚDE BRASIL REDES NA ATENÇÃO BÁSICA

Dentro do Programa de Qualificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica objetiva realizar a informatização das UBS e desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho, por meio da oferta de teleconsultoria, segunda opinião formativa, telediagnóstico e tele-educação.

Os projetos deverão ser intermunicipais ou de regiões de saúde, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde, priorizando a articulação com os Núcleos do Telessaúde Brasil já implantados. As tecnologias informacionais devem ser utilizadas como ferramenta de ampliação das ações da atenção básica e de melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde ao cidadão.

Deverão ser priorizadas pelos Municípios as Equipes de Saúde da Família que já participem de programas de formação, educação permanente e de estímulo ao provimento e fixação de profissionais de saúde desenvolvidos ou financiados pelo Ministério da Saúde.

É desejável que, cada vez mais, os profissionais que realizam teleconsultoria e segunda opinião formativa a partir dos pontos ligados ao Núcleo sejam trabalhadores da própria rede de serviços dos municípios participantes, para que esta atividade se torne parte do escopo de atividades desenvolvidas por este profissional e que o projeto ganhe em sustentabilidade e acumulação de inteligência e expertise pela rede de serviços. O principal alvo do componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica é ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DENTRO DO TELESSAÚDE BRASIL – REDES

A teleconsultoria é ação primordial do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e deve ser concebida nos projetos a serem apresentados. A Portaria nº 2.546/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, define enquanto principais atividades do Núcleo de Telessaúde:

- Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos: a. Síncrona – teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência; ou b. Assíncrona – teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line;
- Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;
- Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS, e

- Tele-educação: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

2.4 ENSINO A DISTÂNCIA – EAD

Com a evolução da Internet, da comunicação e do reconhecimento do potencial da rede em atuar na globalização e fornecimento de informação para pacientes e profissionais da Saúde, a educação a distância trouxe uma oportunidade importante para a melhoria do aprendizado dos profissionais. Assim, mostra-se relevante refletir sobre o impacto da utilização dos computadores na atuação dos profissionais da Saúde e repensar nos tópicos presentes no contexto diário desses profissionais beneficiados pelo uso da tecnologia em contexto. A formação desses profissionais é um tópico a ser refletido e a adequada incorporação das novas tecnologias computacionais, seja na sua vida prática ou na sua educação, é um dos enfoques do presente trabalho de pesquisa da EAD via web usando a videoconferência para aplicação nas Instituições de Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

2.5 VIDEOCONFERÊNCIA

Trata-se de uma tecnologia que permite fazer virtualmente reuniões, treinamento, aulas, defesa de Tese, conferências ou debates com som e imagem em tempo real e interatividade entre os participantes em pontos geográficos distintos, através de um canal de comunicação, hoje utilizando-se do ambiente da Internet.

A partir dos anos 80, com a miniaturização e a popularização do computador, a informática começou a ser vista como uma ferramenta de grande potencial para uso no processo de ensino-aprendizagem. Paralelamente à introdução dos microcomputadores, houve também um enorme avanço no desenvolvimento das tecnologias de comunicação. A comunicação por satélite, iniciada originalmente em meados da década de 60, amadureceu e tornou-se disponível na década de 80 para as grandes organizações que tinham poder de investimento. Schreiber (1998) relata que, à época, organizações como a Xerox, Hewlett-Packard e outras começaram a usar a tecnologia de satélite para realizar seminários e treinamentos. Nos anos 90, essa tecnologia começou a ficar um pouco mais acessível, aumentando bastante o número de organizações que passou a adotá-la como uma importante ferramenta para treinar funcionários em lugares geograficamente distintos.

Acompanhando a rápida evolução da tecnologia de informação, a videoconferência está inserida na medicina e, de forma benéfica, está criando uma condição de auxiliar os médicos. Por exemplo, tendo algum problema na resolução de algum caso de um paciente, pode-se realizar uma videoconferência, fazendo então uma junta médica sobre o caso em questão, podendo haver uma solução com maior rapidez e segurança.

A videoconferência abrange outras áreas na medicina, podendo também transmitir cirurgias. Caso não haja um médico especializado no local, outros poderão auxiliar na cirurgia dando pareceres técnicos. Algumas vezes, ouvimos nos noticiários sobre casos de pacientes que chegaram ao óbito devido à ausência de um especialista que pudesse operá-lo com urgência naquele momento, a videoconferência poderia ajudar nessa situação.

Além das mídias de áudio e vídeo relacionadas à videoconferência, há também espaço à utilização de ferramentas de compartilhamento. Tais ferramentas oferecem aos participantes a possibilidade de compartilhar imagens ou documentos, permitindo a visualização e alteração desses em tempo real. Alguns sistemas de videoconferência oferecem também compartilhamento de aplicações, onde todos os participantes possuem acesso a uma aplicação sendo executada em um dos microcomputadores participantes, e compartilhamento de informações, o que viabiliza a transferência de arquivos entre os diversos participantes.

Além de reuniões de grupos de trabalho, os sistemas de videoconferência são úteis também em várias outras situações para:

- Hospitais Públicos que precisam treinar remotamente outros profissionais com qualificações específicas para um determinado projeto.
- Ensino a distância, ao se ministrar aulas e palestras para os profissionais em locais remotos.
- Acesso a profissionais da área médica e de áreas especialistas em geral, onde é necessária rapidez nas decisões.
- Pesquisas científicas, viabilizando uma maior e mais rápida divulgação dos resultados obtidos.

Quanto às tecnologias expostas acima, o projeto Telessaúde Brasil Redes abrange uma diversidade de ferramentas usadas como suporte em apoio aos profissionais da saúde pública no nosso país, de forma inovadora. A aplicação dessas tecnologias sem dúvida mudou de forma surpreendente as atividades dos profissionais e as melhorias significantes para os atendimentos aos pacientes.

As ferramentas tecnológicas usadas no projeto em questão, como Teleconsultoria, Telediagnóstico, Segunda Opinião e Tele-educação, estão disponíveis de forma padronizada, tendo que obedecer ao contexto jurídico que abrange essa seara, pois, como foi abordado em capítulos anteriores, fica claro que o usuário do SUS também é considerado um consumidor do serviço público, respaldado pelas leis inerentes ao CDC, onde ampara o consumidor dos serviços médicos.

Desse modo, o dever de informação do profissional médico e o direito de informação ao paciente sob a ótica do Projeto Telessaúde Brasil redes ficam subordinado à legislação protetora do consumidor, representada pelo CDC. Deste modo, a discussão aqui proposta possibilitará que usuários do SUS e profissionais do serviço de saúde sejam beneficiados e, conseqüentemente, despertem para a juridicidade a que suas atividades estão sujeitas, do que se conclui que o Projeto Telessaúde não pode descuidar. Por isso, deve-se observar o Código de Defesa do Consumidor em todas as suas disposições, inclusive quanto ao direito-dever de informação.

3 O DEVER DE INFORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

A informação consiste no emprego de sinais, palavras, sons e gestos, visando à comunicação entre duas ou mais pessoas, de quem emite para quem recebe. Pierre Catala citado por Christoph Fabian compreende a informação como um bem “suscetível à apropriação. (...) A informação é em primeiro lugar uma expressão, uma formulação destinada a tornar uma mensagem comunicável. Ela é então comunicada, ou pode sê-lo, por meio de um sinal escolhido para levar a mensagem a outrem” (CATALA apud FABIAN, 2002, p.40).

Cumprе ressaltar que a informação, primeiramente, é um direito fundamental, previsto no artigo 5º, inciso XIV da Constituição da República de 1988, em que: “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”. Por conseguinte, esta garantia constitucional irradia para toda a legislação infraconstitucional e, no que interessa a ao presente estudo, especificamente para a Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990, o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

O dever de informação é de suma importância na relação de consumo, considerando a vulnerabilidade que o consumidor possui frente ao fornecedor, aquele que detém todas as informações do produto ou serviço posto no mercado.

No direito do consumidor, o dever de informar, correlato ao direito à informação (direito fundamental consagrado no artigo 5º, XIV da Constituição Federal), é tido como decorrente do princípio da boa-fé objetiva, marcando a relação com lealdade, correção, probidade, confiança, bem como na ausência de intenção lesiva ou prejudicial (LÔBO, Paulo Luiz Netto. 2001. p. 56). O princípio da boa-fé-objetiva, na sistemática do Novo Código Civil, é cláusula geral que serve de parâmetro de validade a todos os contratos celebrados, não só nas relações de consumo como também nas relações civis e comerciais.

Segundo Gustavo Ordoqui Castilla, (1999, p. 55 e 75), a essência do dever de informar é proporcionar ao consumidor a verdade sobre os aspectos da contratação que são determinantes de seu consentimento e que contribuem para que esse consentimento seja mais refletido e consciente. Sua finalidade é proporcionar uma maior proteção do consentimento, de forma a que os contratantes atuem com maior conhecimento e liberdade. Sinteticamente, um consentimento devidamente informado é um consentimento consciente.

O dever de informar tem aplicação durante toda a vida do contrato, perdurando da fase pré-contratual à pós-contratual. A informação que o fornecedor está obrigado a prestar deve ser verdadeira (correspondente à realidade), completa (aludindo todos os elementos determinantes do consentimento), clara e eficiente (compreensível para o consumidor típico, o mais hipossuficiente dentre os consumidores a que se destina o produto ou serviço). Como o dever de informar visa à concreção das possibilidades objetivas de cognoscibilidade (conhecimento e compreensão) por parte do consumidor típico, o seu descumprimento acarreta a ineficácia do contrato de consumo, como medida de proteção ao consumidor.

Como o dever de informar visa à concreção das possibilidades objetivas de cognoscibilidade (conhecimento e compreensão) por parte do consumidor típico, o seu descumprimento acarreta a ineficácia do contrato de consumo, como medida de proteção ao consumidor. Para além, os danos causados pela falta de informação ou informação defeituosa devem ser indenizados pelo fornecedor independentemente de culpa.

Uma das poucas excludentes dessa responsabilidade é o chamado risco de desenvolvimento: demonstração, posterior ao lançamento do produto ou serviço, de que este é inadequado ou inseguro, em virtude de subsequente desenvolvimento científico ou tecnológico. O fornecedor, nesse caso, não é responsabilizado, porque o estado da arte existente à época do lançamento do produto ou serviço comprovava a sua segurança e adequação. É factível que tal situação não se confunde com a insuficiência de informação

acerca do estágio do conhecimento científico e tecnológico – aí há obrigação de indenizar, porque houve a sonegação de dados necessários à escolha do consumidor.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, o direito à adequada informação é um imperativo de transparência na relação com o paciente, mas ao mesmo tempo é um grande desafio, na medida em que implica a exposição precisa, porém não desanimadora do estado de saúde, que, muitas vezes, se revela consideravelmente grave.

Vigente desde 13 de abril de 2010, o Código de Ética Médica (CEM) trouxe uma nítida preocupação com a autonomia do paciente, contextualizando o exercício da sua vontade com o recebimento de informações adequadas e claras, tendo os dispositivos o escopo de estabelecer como médicos devem atuar em clínicas, hospitais, consultórios e outros serviços de saúde ou mesmo ratificar posturas que já existiam, porém não eram devidamente observadas. Segundo o Conselho Federal de Medicina, o médico que infringir qualquer ponto do código poderá sofrer processo administrativo.

Em sendo condenado, a pena vai desde advertência até o descredenciamento, sem que isso elimine eventual processo criminal pela falta cometida. Algumas alterações contidas no novo Código dizem respeito, principalmente: à letra legível dos profissionais, ao direito de escolha do paciente no tratamento, à necessidade de consentimento esclarecido para o tratamento, aos casos sem perspectiva de cura, ao prontuário médico, ao direito à segunda opinião, às receitas sem exame, ao respeito ao sigilo médico, às condições de trabalho dos profissionais, aos métodos contraceptivos e manipulação genética.

A receita e o atestado médico têm de ser legíveis e devem ter a identificação do médico. É proibido ao médico receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição ou assinar em branco, folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos. Um dos destaques do novo código trata da autonomia do paciente que, a partir de agora, tem o direito de ser informado sobre todos os procedimentos médicos a serem realizados, sejam clínicos, terapêuticos ou de diagnóstico. No caso de estar impedido, o representante legal deverá ser ouvido.

Em caso de doenças incuráveis e pacientes em estado terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou desnecessárias, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Estão elencados no artigo 5º da Constituição Federal e seus incisos os direitos e garantias fundamentais que o Estado Democrático de Direito deve proporcionar para todos os cidadãos. Assim, dentre eles destaca-se o direito à vida, que se entende não ser o simples fato de estar vivo, ou seja, respirar, pensar, andar, mas que essa vida seja digna, que seja respeitado seus direitos.

Para firmar ainda mais esse direito, a Carta Magna assegura no inciso III do dito artigo que ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante, porém o que mais se vê nos noticiários são pessoas sendo tratadas com descaso, principalmente aqueles que dependem do setor público, em mais específico, a saúde pública.

Além disso, a qualquer tempo, o paciente tem direito a receber uma cópia de seu prontuário médico, bem como tem liberdade para obter uma segunda opinião e a ser encaminhado a outro médico. O médico não pode se opor à realização de um trabalho conjunto com outro médico ou uma segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal. É vedado ao médico deixar de encaminhar o paciente de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações. Por outro lado, o profissional não pode receitar sem ver o paciente, seja por meio de veículo de comunicação ou internet. É vedado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

As informações relativas ao tratamento dispensado aos pacientes estão amparadas pelo sigilo médico imposto não só aos médicos, mas àqueles que tiverem conhecimento em razão do ofício que desempenham. O dever de guarda de tais informações permanece mesmo após a morte do paciente. Os profissionais devem ter as mínimas condições para exercer suas atividades, de forma a colaborar na melhora de seus pacientes e, segundo as disposições do novo texto do Código de Ética Médica, o médico pode recusar a exercer medicina em locais inadequados. Quanto aos contraceptivos, a alteração dos preceitos éticos buscou privilegiar o direito de escolha do paciente sobre qual método deseja utilizar.

Outro aspecto relevante é o fato do médico não poder participar de manipulação genética, sendo expressamente proibida a influência sobre genoma humano (conjunto de genes) com vista à sua modificação.

Eis dispositivos do Código de Ética Médica que compendiam o direito à informação do paciente, correlato ao dever do médico de prestá-la com qualidade.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único

- Permanece essa proibição:

- a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;
- b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento;
- c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Elucidativo, além disso, é o entendimento jurisprudencial abaixo, que remete justamente ao dever do profissional médico de informação:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE DANO MATERIAL, MORAL E ESTÉTICO. CIRURGIA EXCLUSIVAMENTE EMBELEZADORA. CORREÇÃO DE PTOSE E AUMENTO DE MAMA. OBRIGAÇÃO DE RESULTADO. PRESUNÇÃO DE CULPA. MÉDICO QUE NÃO ESCLARECE À PACIENTE O FATO DE NÃO POSSUIR TÍTULO DE CIRURGIÃO PLÁSTICO, ALÉM DE NÃO COMPROVAR TER TOMADO OS CUIDADOS EXIGIDOS TANTO NO PRÉ COMO NO PÓS-OPERATÓRIO. FALTA DO DEVER DE INFORMAÇÃO. DOCUMENTO PADRÃO QUE NÃO CONFIGURA CONSENTIMENTO INFORMADO. PACIENTE COM SÉRIAS DEFORMAÇÕES ESTÉTICAS E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES FUNCIONAIS. DANOS MATERIAIS, MORAIS E ESTÉTICOS EVIDENCIADOS. REPARAÇÃO DEVIDA. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. 1. O direito à informação, materializado pelo consentimento informado, é uma garantia consagrada pelo Código de Defesa do Consumidor, além de um importante instrumento no equilíbrio da relação médico-paciente, conforme se extrai do disposto no artigo 6º, inciso III, da referida legislação. Serve, inclusive, para a minoração da vulnerabilidade do paciente que deve possuir todas as informações possíveis à formação do seu convencimento, sobretudo no que concerne a um procedimento

eletivo, de cunho estritamente estético. 2. Deve ser entendida a obrigação do cirurgião plástico, nas intervenções exclusivamente estéticas, como sendo de resultado, na medida em que o paciente, pessoa saudável, somente se submete à intervenção cirúrgica, na esperança de melhorar seu aspecto físico. 3. Em que pese o fato de qualquer ato cirúrgico estar sujeito à álea e, não obstante a realidade de que cada organismo é único em sua integralidade, na cirurgia plástica estética, sendo de resultado a obrigação assumida pelo médico, cumpre-lhe a demonstração da quebra do nexo de causalidade ou de imputação para a sua liberação do dever de indenizar.

(TJ-SC - AC: 239519 SC 2008.023951-9, Relator: Ronei Danielli, Data de Julgamento: 02/09/2011, Sexta Câmara de Direito Civil, Data de Publicação: Apelação Cível n., de Lages)

Com efeito, a informação é um dever fundante da relação médico-paciente, além de ser um direito inalienável do paciente, enquanto consumidor de um serviço de saúde.

4 SUJEIÇÃO OU NÃO DO MÉDICO AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

O direito fundamental à saúde tem previsão na Constituição no artigo 196 que assim dispõe: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição reservou a sociedade, o indivíduo e ao Estado o dever de cuidado com a saúde pública.

Diante de inovações e transformações contínuas pelas quais passa a humanidade nas suas diversas áreas, em se tratando do exercício da medicina no que se refere a relação médico-paciente, é importante a aplicação da legislação que ampara o profissional médico e o paciente, tanto na seara privada quanto nas políticas públicas de saúde, implementadas pelo governo federal em parceria com os estados e municípios, especificamente no contexto da aplicação do projeto Telessaúde Brasil Redes.

O questionamento primeiro que se levanta é se o exercício da medicina – tal qual hoje o se conhece hoje, ou seja, a relação médico-paciente – pode ser caracterizado como verdadeira relação de consumo e, assim, estar sujeito à aplicação das regras contidas no Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido, há de se considerar que a atividade da medicina exercida no momento atual retrata uma situação que se caracteriza uma prestação de serviço, mesmo sendo realizada

em seres humanos, por se tratar do exercício medicina. São envolvidos neste relacionamento médico e paciente, o que caracteriza uma atividade enquadrada no Código de Defesa do Consumidor.

Para que haja perfeito enquadramento no regime protetivo do CDC, é mister considerar a redação do artigo 2º do diploma, que assim dispõe:

Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.
Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

No artigo 3º do CDC, por seu turno, fica evidente a generalização do conceito de fornecedor, no qual pode perfeitamente se enquadrar o profissional médico:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

Referindo-se especificamente à prestação de serviços, o parágrafo 2º do artigo parágrafo 3º do CDC faz uma referência às atividades do mercado de consumo, pelo que se entende a prática dos serviços médicos-pacientes estão contemplados nessa definição que segue:

Qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Essa definição torna evidente que qualquer atividade remunerada, prestada no mercado de consumo, é considerada como serviço. Portanto, considerados os conceitos usados para o tema em questão, verifica-se que o paciente – ou usuário de serviços médicos – é considerado o consumidor, onde o serviço é prestado. O procedimento médico em toda a sua aplicabilidade no que concerne o atendimento ao paciente, considera-se que o profissional que desenvolve sua atividade, de forma remunerada, referenciados no artigo 3º, é considerado fornecedor. Há correntes contrárias que, diferentemente, afirmam a sua objeção a essa afirmação do artigo acima citado, quanto à relação de consumo dos serviços autônomos

médico-paciente. Portanto, não devem ser contemplados pelo CDC pela justificativa que os profissionais médicos se encontram enquadrados e regidos pelos Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Medicina, em obediência ao Código de Ética e Conduta Médica, não havendo assim a sujeição ao Código de Defesa do Consumidor.

Evidenciados esses conflitos quanto à legislação que protege o consumidor, os profissionais médicos, que são os envolvidos como objeto deste trabalho, no que se refere ao seu atendimento direcionado ao paciente, estão sujeitos ao CDC, que é considerada uma lei de ordem pública e interesse social, abrangendo todos os casos referente à sua legislação com a sua entrada em vigor como prestadores de serviço. De acordo com o artigo 1º:

Art. 1º. O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.

Essa abordagem sobre o CDC que entra em discussão neste trabalho deixa claro o direito do paciente de estar aparado pelo Código, visando ao dever de informação do profissional médico e ao direito de informação, em função de o paciente ser consumidor, mesmo recebendo serviços médicos.

Uma das principais consequências dessas questões em tais relações é que o prazo de prescrição para reclamar a reparação do dano derivado da prestação do serviço é de cinco anos, contemplado pelo artigo 27:

Art. 27. Prescreve em cinco anos a pretensão à reparação pelos danos causados por fato do produto ou do serviço prevista na Seção II deste Capítulo, iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e de sua autoria.

Eis alguns julgamentos relativos aos serviços médicos prestados a pacientes, relacionados ao Código de Defesa do Consumidor:

AGRAVO DE INSTRUMENTO AÇÃO DE INDENIZAÇÃO, EM DECORRÊNCIA DE ERRO MÉDICO RELAÇÃO DE CONSUMO RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS, QUE NÃO AFASTA A INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA DEFERIMENTO VEROSSIMILHANÇA DAS ALEGAÇÕES E HIPOSSUFICIÊNCIA CARACTERIZADAS. RECUSO

DESPROVIDO. 1 A relação médica- paciente se apresenta na doutrina e jurisprudência como relação de consumo, presentes que estão as figuras do consumidor, fornecedor e prestação de serviços médicos. Logo, a relação médico-paciente deve ser regida pelos parâmetros reguladores do Código de Defesa do Consumidor, por ser legislação específica, prevalente, portanto, sobre lei que tenha caráter geral. A necessidade de se perquirir acerca da culpa, em relação aos profissionais demandados, ex vi do § 4º, do art. 14, do CDC, não descaracteriza a natureza de consumo da relação médico/paciente, nem afasta a aplicação das demais disposições do Código Consumerista, inclusive, a possibilidade de inversão do ônus probatório, quando preenchidos os requisitos do art. 6º, VIII, do CDC. 2 - A inversão do ônus da prova, no Código de Defesa do Consumidor, deve ser compreendida no contexto da facilitação da defesa dos direitos do consumidor, ficando subordinada ao critério do juiz, quando for verossímil as alegações iniciais ou quando o consumidor for hipossuficiente, segundo as regras ordinárias da experiência (art. 6º, VIII). In casu, correta a decisão que procedeu a inversão do ônus da prova, quando restou configurada a verossimilhança dos fatos narrados, e a hipossuficiência técnica dos consumidores em relação aos médicos."(TJPR - Agravo de Instrumento 0644089-1 - 10ª Câmara Cível - Des. Rel. Luiz Lopes - Julg. 24/06/2010 - DJ 13/07/2010).

AGRAVO DE INSTRUMENTO AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR ATO ILÍCITO ERRO MÉDICO - APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO HOSPITAL RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DO MÉDICO/PROFISSIONAL LIBERAL - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA ADMISSIBILIDADE - CHAMAMENTO AO PROCESSO PRINCÍPIO DA SOLIDARIEDADE - POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA QUALQUER UM QUE FIGURE NA CADEIA DE PRESTADORES DE SERVIÇO. 1. Incontestável a aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao presente caso, estando nitidamente evidenciadas a figura do fornecedor e do consumidor. 2. A responsabilidade subjetiva dos profissionais liberais não pode ser estendida a outros prestadores de serviços, já que se trata de uma "exceção" prevista no artigo 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor. 3. O fato do Código de Defesa do Consumidor determinar em seu artigo 14, § 4º, que a responsabilidade do profissional liberal é subjetiva, não impede a possibilidade da inversão do ônus da prova, desde que presentes os seus requisitos. 4. Existindo a solidariedade entre os fornecedores e prestadores de serviço, abrangendo todos que participaram da cadeia produtiva/distributiva, nos termos do

artigo 7º, parágrafo único do Código de Defesa do Consumidor, o lesado possui a faculdade de demandar contra qualquer um, sendo inaplicável, na espécie, o instituto do chamamento ao processo previsto no artigo 77, inciso III, do Código de Processo Civil, resguardando-se à parte demandada eventual direito regressivo oportunamente. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO." (TJPR - Agravo de Instrumento 0645447-7 - 9ª Câmara Cível - Des. Rel. Rosana Amara Girardi Fachin - Julg. 17/06/2010 - DJ 01/07/2010). Ainda nesse sentido já decidiu o Superior Tribunal de Justiça: "AGRAVO REGIMENTAL.

Fica compreendida, pois, a relação médico-paciente como relação de consumo, o que também repercute no direito do paciente à informação adequada e no dever do médico de prestá-la de forma eficiente.

O dever-direito à informação adequada, entende-se, deve ser uma realidade qualquer que seja a forma pela qual o serviço médico é prestado, incluindo os meios digitais e informáticos, por mais modernos que sejam, como é o projeto Telessaúde Brasil Redes, que foi abordado como objeto de estudo deste artigo.

5 CONCLUSÃO

O uso das imagens e informações referentes aos procedimentos médicos é relevante para o seu desempenho no atendimento. Há situações em que o foco de interesse está na face, em função da especificidade do caso. Assim, a possibilidade de reconhecimento deve também ser explicitada.

No exemplo dado, a utilização das imagens é para fins científicos, e os profissionais não auferirão lucro algum com a divulgação das mesmas. Porém, há situações, como o emprego de imagens de pacientes para propaganda de serviços profissionais (lembrando que isto está proibido para médicos), em que o objetivo final, se não imediato, do uso dessas é o lucro financeiro. Se isto não for esclarecido para o paciente e as condições de uso das imagens previamente estabelecidas, este poderá solicitar, em juízo, indenização pelo uso indevido – e quiçá parte nos lucros auferidos graças à divulgação de suas imagens. O pedido de indenização pode ser realizado também independentemente de comprovação da obtenção de lucros, ou quando do emprego das imagens sem finalidade lucrativa, em função do uso não autorizado.

A privacidade nas informações dos pacientes é um direito jurídico a ele sustentado pela legislação competente, ainda mais, caracteriza-se esse atendimento como uma prestação de

serviço, havendo enquadramento jurídico no CDC, que ampara essa relação dos serviços médicos prestados.

É notável a importância da política implementada pelo projeto Telessaúde Redes na área da saúde pública, resguardando toda a sua juridicidade ao tema proposto objeto de estudo desse artigo, que, se associado às medidas protetivas do Código de Defesa do Consumidor, estruturará uma nova realidade desse setor público tão carente de ações efetivas.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Cláudio Henrique Mascarenhas de. **Educação à Distância**. Disponível em <http://www.artigos.com/articles/419/1/Educa%E7%E3o-%E0-Dist%E2ncia>. Acessado em 25/06/2016.

BARELLA, Irene. **Videoconferência ganha espaço no Brasil**. Disponível em http://www.resellerweb.com.br/solutions/telecom/outros_telecom/artigo.asp?id=18518. Acessado em 19/03/2016.

BRASIL. **Código Civil**. Lei nº 10.406, 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm Acesso em 10 de setembro de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Código de Ética Médica**. Resolução CFM 1.931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp> Acesso em 10 de setembro de 2017.

BRASIL. **Código de proteção ao consumidor**. Lei nº 8.078, 11 set. 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm Acesso em 10 de setembro de 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm Acesso em 10 de setembro de 2017.

CASTILLA, GUSTAVO ORDOQUI. **Deber de información en la Ley 17.189, de 20 de setiembre de 1999**. Artigo publicado na Revista de Direito do Consumidor, v. 9, n. 34, 2000, pp. 55 e 75.

CHAVES, Eduardo. Ensino à Distância: Conceitos Básicos. Disponível em: <http://www.edutec.net>. Acesso em: 26 de março de 2016.

CLOTET, J.; GOLDIM, J.R.; FRANCISCONI, C.F. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: Edipucrs, 2000. 130p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA Código de Ética Odontológica. **Resolução CFO 42, de 20 de maio de 2003.** Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf Acesso em 10 de setembro de 2017.

FERRARI, Fernanda Barbosa. **Utilizando a videoconferência como meio didático na educação à distância.** Disponível em <http://www.abed.org.br/seminario2003/pp05.ppt>. Acessado em 18/03/2016.

FRANÇA, G.V. Medicina Legal. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008. 629p.

LAPOLLI, Édis Mafra Fernanda Barbosa Utilizando a videoconferência como meio didático na educação à distância. Disponível em <http://www.abed.org.br/seminario2003/pp05.ppt>. Acessado em 18/03/2016.

LARANJEIRAS FILHO, Edson Gomes. **Introdução a educação a distância para área da saúde.** Disponível em <http://www.saudenetwork.com/ead/introducao%20a%20ead.pdf>. Acessado em 29/03/2016.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. **A informação como direito fundamental do consumidor.** Artigo publicado na Revista de Direito do Consumidor, n. 37, jan/mar. 2001, pp. 59 a 76. P. 66.

MUÑOZ, D.R., fortes, P.A.C. **O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido.** In: COSTA, S.I.F., OSELKA, G., GARRAFA, V. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. cap.2, p.53 – 70.

SABATTINI, Renato M.E. **Uma Revolução Necessária no Ensino Médico.** Disponível em <http://www.saudenetwork.com/ead/introducao%20a%20ead.pdf>. Acessado em 29/03/2006.

SERRA, M.C. **Responsabilidade profissional em odontologia: cuidados observados por cirurgões-dentistas com a documentação odontológica, em consultórios particulares.** Araraquara, 2001. 248p. Tese (Livre-Docência em Odontologia Legal) Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

STOCO, Rui. **Tratado de Responsabilidade Civil.** Doutrina e jurisprudência. 7.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2007. 1949p.

TAROUCO, Liane Margarida Rockenbach. Disponível em <http://penta3.ufgrs.br/RNP/videoconferencia.pdf>. Acesso em 21/03/2016.

UNIVERSAL DECLARATION ON BIOETHICS AND HUMAN RIGHTS Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf> Acesso em 10 de setembro de 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Disponível em <http://www.unesp.br/gti/vc/oqueevc.php>. Acesso em 26 de julho de 2016.

