

PRINCIPIOLOGIA JUSFILOSÓFICA NO SUS COMO CONTRAPONTO A NEGATIVA NO ATENDIMENTO MÉDICO

LA PRINCIPIOLOGÍA JUSFILOSÓFICA EN EL SUS COMO CONTRAPONTO A LA NEGACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Gleibson de Carvalho Mercado¹

Maria Eduarda Hydalgo²

Douglas Aparecido Bueno³

RESUMO

Este artigo propõe uma análise da principiologia jusfilosófica no direito médico, especificamente no contexto da negativa médica na rede pública de saúde. Adota-se uma abordagem exploratória e qualitativa, utilizando o método dedutivo-hipotético, tendo como procedimento a pesquisa bibliográfica como principais instrumentos. O Estado brasileiro reconhece constitucionalmente a saúde como um direito fundamental, garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Nesse cenário, o médico, enquanto agente do Estado, tem a responsabilidade de garantir uma relação médico-paciente fundamentada nos princípios da legalidade, ética e acesso irrestrito à saúde. Destaca-se a importância da comunicação transparente e respeitosa do médico com o paciente, especialmente em casos de negativa médica, onde é crucial notificar previamente o paciente e providenciar alternativas de assistência. Conclui-se que uma abordagem ética e legalmente embasada na prática médica, aliada à preservação da dignidade e dos direitos do paciente, é fundamental para garantir o acesso integral à saúde na rede pública.

PALAVRAS-CHAVE: Direito Médico; Negativa Médica; Sistema Único de Saúde; Relação Médico-Paciente; Principiologia.

RESUMEN

Este artículo propone un análisis de la principiología jusfilosófica en el derecho médico, específicamente en el contexto de la negativa médica en la red pública de salud. Se adopta un enfoque exploratorio y cualitativo, utilizando el método dialéctico y la investigación bibliográfica como principales instrumentos. El Estado brasileño reconoce constitucionalmente la salud como un derecho fundamental, garantizado por el Sistema

¹ Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Rondônia / Campus de Cacoal (2024).
garcianegocios2011@hotmail.com

² Acadêmica de Direito da Universidade Federal de Rondônia / Campus de Cacoal. mehydalgo@gmail.com

³ Professor Adjunto da Universidade Federal de Rondônia / Campus de Cacoal. douglas.bueno@unir.br

Único de Salud (SUS) y sus principios de universalidad, integralidad y equidad. En este escenario, el médico, como agente del Estado, tiene la responsabilidad de garantizar una relación médico-paciente fundamentada en los principios de legalidad, ética y acceso irrestricto a la salud. Se destaca la importancia de la comunicación transparente y respetuosa del médico con el paciente, especialmente en casos de negativa médica, donde es crucial notificar previamente al paciente y proporcionar alternativas de asistencia. Se concluye que un enfoque ético y legalmente fundamentado en la práctica médica, junto con la preservación de la dignidad y los derechos del paciente, es fundamental para garantizar el acceso integral a la salud en la red pública.

PALABRAS CLAVE: Derecho Médico; Negativa Médica; Sistema Único de Salud; Relación Médico-Paciente; Principiología.

INTRODUÇÃO

A saúde⁴ é um bem jurídico tutelado constitucionalmente⁵. Nos últimos anos, o Brasil tem enfrentado uma série de desafios no que diz respeito à garantia do direito à saúde para todos os cidadãos. Embasado na Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como um direito fundamental e um dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de proporcionar acesso universal e igualitário aos serviços de saúde em todo o país. Apesar dos avanços significativos alcançados pelo SUS ao longo das décadas, ainda nos deparamos com questões complexas, como a recusa no atendimento médico na rede pública de saúde.

A recusa no atendimento médico apresenta desafios éticos e legais que impactam tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes e o sistema de saúde como um todo. Em muitos casos, essa recusa pode ser motivada por diferentes fatores, como sobrecarga de trabalho, falta de recursos, questões éticas pessoais ou mesmo negligência.

⁴ O presente trabalho, sob a orientação do Prof. Douglas Bueno, deriva da monografia intitulada - *Principiologia Jusfilosófica Envolvida no Direito Médico e a Negativa Médica na Rede Pública de Saúde* - apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito na Fundação Universidade Federal de Rondônia – Campus Cacoal.

⁵ O direito à saúde é reconhecido como um direito social fundamental, integrante da seguridade social. Nesse contexto, ele é entendido como parte de um conjunto de garantias que visam assegurar condições dignas de vida e bem-estar para todos os cidadãos. Como um direito social, a saúde não é apenas uma questão individual, mas sim um compromisso coletivo da sociedade em promover o acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade. Dentro da seguridade social, o direito à saúde está intrinsecamente ligado aos direitos à previdência social e à assistência social, formando um sistema de proteção que busca amparar os cidadãos em momentos de vulnerabilidade, garantindo-lhes condições mínimas de dignidade e qualidade de vida. Assim, o reconhecimento do direito à saúde como parte da seguridade social reforça a importância de políticas públicas que promovam a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e solidária. Cf.: Art. 196 da CF/88.

lindependentemente das razões por trás dessa recusa, é essencial analisar cuidadosamente seus efeitos sobre os direitos dos pacientes e as responsabilidades dos profissionais de saúde.

Do ponto de vista ético, a recusa no atendimento médico levanta questões importantes relacionadas aos princípios fundamentais da bioética, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Os profissionais de saúde têm o dever ético de priorizar o bem-estar e a saúde dos pacientes, respeitando sua autonomia e tomando decisões que promovam o benefício e evitem causar danos. No entanto, em situações de recusa no atendimento, esses princípios éticos podem entrar em conflito, exigindo uma cuidadosa ponderação dos interesses em jogo.

Já do ponto de vista legal, a recusa no atendimento médico levanta questões sobre os direitos dos pacientes e as responsabilidades dos profissionais de saúde sob a legislação brasileira. Os pacientes têm o direito constitucional de receber atendimento médico adequado e oportuno, enquanto os profissionais de saúde têm o dever legal de prestar assistência médica dentro dos limites de sua competência e conforme os padrões éticos e profissionais estabelecidos. Nesse sentido, é essencial garantir que as recusas de atendimento sejam feitas de acordo com os princípios éticos e legais, respeitando os direitos e a dignidade dos pacientes.

Portanto, diante dos desafios éticos e legais apresentados pela recusa no atendimento médico na rede pública de saúde, é fundamental promover uma reflexão crítica e aprofundada sobre as práticas e políticas de saúde em nosso país. É necessário buscar soluções que conciliem os interesses dos pacientes, dos profissionais de saúde e do sistema de saúde como um todo, garantindo assim o pleno exercício do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros.

1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma extensa e complexa rede de prestação gratuita de serviços de saúde em escala global. Sua amplitude vai desde procedimentos simples, como medição da pressão arterial, até intervenções cirúrgicas de alta complexidade. O primeiro estrato de acesso ao SUS, conhecido como atenção primária, tem o objetivo de oferecer à comunidade serviços fundamentais, apesar de sua aparente

simplicidade, sendo essenciais para prevenção, promoção e tratamento da saúde. As diferentes esferas de complexidade do SUS se manifestam na oferta de serviços de saúde de alta qualidade e sofisticação (Brasil, 2010).

Com base nos princípios fundamentais do SUS, que asseguram uma abordagem ampla, universal e gratuita para toda a população brasileira, busca-se fundamentar e instrumentalizar a estruturação do acesso à saúde. Esses princípios orientam as decisões estratégicas para garantir a eficácia do SUS, proporcionando acesso amplo aos serviços de saúde por meio da integralidade. Além disso, o sistema garante um acesso sem discriminação, assegurando a todos os cidadãos brasileiros entrada irrestrita aos serviços de saúde pública. Nesse contexto, a gratuidade é um elemento crucial desse espectro de oferta de saúde, permitindo que toda a população usufrua plenamente do sistema de saúde (Brasil, 2010).

A propósito, os princípios fundamentais que guiam o SUS estabelecem os fundamentos que devem ser respeitados para a prestação de cuidados sanitários de excelência. Essas bases são imperativas e não devem ser violadas pela corporação médica ou pelo corpo assistencial. Recusas médicas durante o atendimento à saúde devem ser legalmente respaldadas, sob risco de serem prejudiciais ao paciente, infringindo seu direito inalienável ao acesso aos serviços sanitários.

2. PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

O SUS é uma conquista emblemática no cenário internacional, destacando-se como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Seus princípios doutrinários, fundamentais para sua concepção e funcionamento, refletem uma abordagem integral e inclusiva à saúde.

Desde sua instituição pela Constituição de 1988, o SUS tem como pilares a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Estes princípios fornecem a base para uma abordagem abrangente e igualitária, visando garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros a serviços de saúde de qualidade, independentemente de sua condição socioeconômica. Neste contexto, é essencial compreender mais detalhadamente cada um desses princípios para apreciar plenamente o funcionamento e os objetivos do SUS.

2.1 A UNIVERSALIDADE COMO PRINCÍPIO DO ACESSO À SAÚDE

O princípio da universalização advém da disposição constitucional em afirmar que a saúde constitui um direito inalienável de todos os cidadãos e uma responsabilidade inarredável do Estado. Reconhece-se que a saúde não se configura meramente um serviço, mas um direito fundamental para a preservação da existência humana, cuja salvaguarda e organização incumbem ao Estado e a toda a sociedade. Em virtude de sua estruturação financeira, o Estado viabiliza a prestação dos serviços de saúde por intermédio das contribuições da sociedade brasileira, assegurando, desse modo, o acesso universal aos cuidados de saúde a toda a comunidade nacional. (Matta, 2007).

Com base na determinação constitucional, a saúde se tornou direito de todos e dever do Estado, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, para o qual “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” (Brasil, 1988, p.118).

Note-se, tal dispositivo evidencia-se a assertiva do Estado ao estabelecer constitucionalmente sua incumbência para com a saúde, concedendo a todos os cidadãos brasileiros o direito de acesso aos serviços sanitários. Para compreender tal determinação em sua plenitude, faz-se necessário contextualizar o conceito histórico subjacente a este princípio.

A trajetória da assistência à saúde no Brasil é marcada pelo individualismo consumista. A concepção de proporcionar acesso universal à saúde mediante a intervenção estatal se deparava com um desafio imponente. Inicialmente, a saúde se restringia aos estratos laborais, em que apenas os contribuintes, os agentes da produção e da arrecadação estatal, detinham acesso aos serviços de saúde. Por outro viés, aqueles desprovidos de vínculos formais de trabalho se viam alijados deste direito. (Matta, 2007).

A universalidade estabeleceu o direito do cidadão brasileiro ao acesso integral e gratuito a todos os serviços de saúde públicos. Todos os serviços conveniados pela administração pública podem ser desfrutados por esses indivíduos sem a imposição de quaisquer encargos financeiros. Esse acesso não se baseia em discriminações de ordem socioeconômica, de gênero, racial ou de qualquer outra natureza, garantindo, assim, o pleno exercício da cidadania (Ufpel, 2024).

O acesso universal à saúde, consagrado pela Constituição Federal, transcende todas essas concepções preexistentes. Sob essa nova perspectiva, a universalidade pressupõe a

concepção de um direito intrínseco que se manifesta desvinculado de qualquer contraprestação pecuniária. A saúde, portanto, se configura como um direito decorrente das prerrogativas sociais, assumindo o caráter de princípio e desvincilhando-se das particularidades que anteriormente garantiam a cobertura sanitária em períodos pretéritos da história brasileira (Matta, 2007).

Com efeito, é evidente que a sustentação deste sistema requer a implementação de alguma modalidade de contribuição para viabilizar a continuidade dos serviços. Tais contribuições se efetivam mediante a arrecadação de impostos e outras fontes de recursos delineadas pelo Estado, com o intuito de atender aos princípios estabelecidos pelo SUS e às demandas emergentes da sociedade brasileira. (Ibidem).

A universalidade se apresenta como uma solução para mitigar os obstáculos de acesso aos serviços de saúde. Contudo, a disparidade na oferta desses serviços representa um desafio contínuo que requer combate incessante. Esta significativa barreira à concretização da universalização é um reflexo intrínseco do processo de desenvolvimento do país. Regiões notavelmente desenvolvidas contrastam com outras de considerável carência, delineando o panorama do desenvolvimento regional no Brasil. Logo, a superação dessas disparidades se revela crucial para a efetivação deste princípio. (Linard, 2011).

Ao passo que, todo esse empenho é de suma importância para a preservação do SUS e para a viabilização de todos os serviços providos por este sistema. Diversos aspectos são abordados nesse suporte, tais como a aquisição de medicamentos fundamentais para o tratamento dos pacientes e a obtenção de instrumentos que permitam a adaptação das práticas de saúde às inovações científicas. (Matta, 2007).

Ademais, não seria apropriado afirmar que o SUS é um sistema inteiramente gratuito, considerando-se o intrincado aparato financeiro necessário para sua sustentação. No entanto, o princípio da universalidade assegura que este direito seja estendido tanto aos cidadãos que contribuem para sua manutenção quanto àqueles que não o fazem. Dessa maneira, tal princípio viabiliza um acesso democrático, desprovido da exigência de contrapartidas pecuniárias, garantindo que o acesso aos serviços de saúde seja livre de qualquer forma de pagamento, para todos os usuários. (Matta, 2007).

A universalização do sistema de saúde, nestes moldes, consolida o acesso do cidadão à totalidade dos serviços sanitários, independentemente de qualquer contrapartida financeira, dispensando a necessidade de contribuição fiscal ou de taxas para a utilização dos serviços. Isso garante o direito à saúde por meio de ações e serviços que transcendem considerações de ordem financeira e outros aspectos socioeconômicos, tais como raça, gênero e quaisquer outras

condições que singularizem cada indivíduo.

Segundo Matta (2007, p. 67), em decorrência da história da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas, muitos associam a noção de universalidade à de gratuidade. A universalidade pressupõe a ideia de direito, o que torna completamente inadequado o uso de qualquer menção à ideia de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura.

Conforme Matta (2007), o princípio da universalidade, a rigor, se encarrega de assegurar o acesso à saúde de forma ampla, superando as barreiras impostas pela condição socioeconômica do usuário. Tal preceito concorre para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa, ao cumprir o mandato constitucional do Estado de prover saúde a todos os cidadãos brasileiros.

2.2A EQUIDADE COMO PRINCÍPIO DO ACESSO À SAÚDE

O princípio da equidade, por sua vez, surge como uma medida estatal destinada a atenuar as disparidades sociais decorrentes do contexto histórico brasileiro. As divergências regionais resultantes da colonização do país geraram desigualdades significativas entre áreas altamente desenvolvidas e aquelas com menor desenvolvimento, afetando diretamente o padrão de vida dos residentes dessas localidades. Essa realidade contribuiu para a manifestação de uma desigualdade inerente entre as diversas regiões do Brasil. Nessa perspectiva, o princípio da equidade não se limita à aplicação de tratamentos diferenciados aos desiguais, mas sim à prestação de cuidados de saúde, tanto de forma individual quanto coletiva, com o objetivo de enfrentar as necessidades específicas de cada localidade que possam dificultar o acesso aos serviços de saúde (Matta, 2007).

O princípio da equidade instaura um contexto de atendimento médico permeado pela consideração de elementos essenciais para fomentar a igualdade na prestação de cuidados. Por meio de estratégias de intervenção, visa-se priorizar aqueles indivíduos que mais carecem de assistência sanitária. Parte-se do pressuposto de que tais indivíduos enfrentam obstáculos significativos para acessar seu direito à saúde, devido à posição que ocupam na estrutura social. (Linard, 2011).

O SUS elenca a equidade como um dos seus pilares orientadores para a formulação de estratégias de saúde. Contudo, este conceito se depara com os desafios impostos pela concepção ampliada de saúde, que transcende os aspectos físicos e mentais para abarcar elementos sociais,

como moradia, alimentação e transporte, entre outros. Esses aspectos apresentam-se em conflito com o princípio da equidade estabelecido pelo SUS, especialmente no que concerne ao acesso equitativo aos serviços de saúde. Tal impasse decorre da inerente desigualdade presente na sociedade. (Matta, 2007).

Note-se, a equidade representa um esforço constante de redução das disparidades sociais. Entretanto, é importante salientar que igualdade não se confunde com equidade. Enquanto o primeiro conceito implica na aplicação uniforme de tratamento a todos os indivíduos, o segundo pressupõe uma abordagem voltada à criação de condições que buscam garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde. Na realidade social, as pessoas apresentam necessidades diversas, o que resulta em distintas condições de acesso aos diversos serviços sociais. (Linard, 2011).

Ancorando-se nessa ideia, a equidade almeja conferir à população as mesmas oportunidades de acesso aos serviços de saúde. Embora todos possuam direito aos referidos serviços, a diversidade entre os indivíduos implica em necessidades distintas. A equidade se traduz na garantia, a todos os cidadãos, de acesso às ações e serviços dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, em igualdade de condições. (Ufpel, 2024).

Para uma compreensão precisa do princípio da equidade, é imprescindível uma análise aprofundada do conceito de igualdade. Sob a ótica da igualdade, a busca pela equiparação entre os indivíduos acarretaria na abolição de direitos. Por outro ângulo, a equidade rejeita tal abolição, ao garantir a preservação dos direitos de todos e ao priorizar aqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. A equidade, neste contexto, pode ser definida como a provisão de cuidados de saúde de acordo com as necessidades e vulnerabilidades individuais (Linard, 2011).

Portanto, a equidade se configura como um princípio orientado à mitigação das disparidades sociais subjacentes. Tal entendimento é corroborado pelo posicionamento do Ministério da Saúde, que concebe a equidade como uma estratégia para reduzir tais disparidades. Embora todos os indivíduos possuam direito aos serviços de saúde, é imperativo reconhecer que as pessoas não são homogêneas, possuindo necessidades distintas. A equidade implica em tratar de maneira diferenciada aqueles que se encontram em situação de desigualdade, investindo mais onde as carências são mais pronunciadas (Brasil, 2010, p.1).

Como observado, a equidade se destina a promover a igualdade no âmbito da saúde, desvinculando-se de quaisquer aspectos discriminatórios que possam gerar preconceitos ou

privilégios. Consoante asseverado pelo Ministério da Saúde, a equidade pode ser entendida como a igualdade no cuidado à saúde, sem concessões de privilégios ou discriminações. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve prover recursos e serviços de forma equitativa, conforme as necessidades individuais de cada usuário, pautando-se na complexidade de suas demandas. Essa abordagem visa corrigir desigualdades sociais, estando a palavra “equidade” semanticamente e etimologicamente próxima do conceito de igualdade, podendo ser considerada como sinônimo deste último. Ambas são concebidas como contraposições às disparidades socioeconômicas e de saúde (Brasil, 2016, p.43).

Enfim, diante do exposto e conforme salientado por Matta (2007), o desafio da equidade reside na identificação das estratégias e ações mais adequadas ao critério de distribuição de serviços de saúde. A necessidade de realizar julgamentos valorativos é ineludível, visto que cada contexto oferece uma perspectiva singular acerca das necessidades prementes. Tal questão assume proporções consideráveis, uma vez que a desigualdade na distribuição de riquezas no Brasil engendra realidades discrepantes. Assim, torna-se um desafio para o princípio da equidade assegurar o acesso à saúde de maneira equânime.

2.3A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DO ACESSO À SAÚDE

A análise do princípio da integralidade demanda uma avaliação crítica da trajetória histórica do país à luz do que estabelece a Constituição Federal de 1988. Historicamente, o Brasil limitava a oferta de serviços de saúde aos trabalhadores, conceito consolidado pela criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A assistência médica oferecida pelo INAMPS era reservada exclusivamente aos trabalhadores contribuintes, deixando de fora aqueles que não estavam vinculados a esse grupo profissional (Matta, 2007).

Essa abordagem refletia uma dualidade de natureza financeira e social, onde os trabalhadores, por meio de suas contribuições, sustentavam o sistema, reconhecidos como a força de trabalho essencial para o desenvolvimento econômico do país. No entanto, com a instituição do SUS, os princípios do INAMPS entraram em conflito com os preceitos constitucionais. Como resultado, o programa foi abolido pela Lei Federal 8.689, de 1993, e o SUS foi estabelecido, garantindo acesso universal aos serviços de saúde para toda a população (Matta, 2007).

A integralidade emerge como um princípio organizador contínuo do processo de trabalho nos serviços de saúde, caracterizando-se pela busca contínua de ampliar as possibilidades de compreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Essa ampliação requer um diálogo entre diferentes sujeitos e modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Assim, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada nos serviços reflete esse diálogo necessário (Mattos et al., 2009).

Neste cenário, o princípio da integralidade propõe uma abordagem renovada para as atividades de saúde, assegurando aos beneficiários não somente tratamento e reabilitação, mas também promoção e prevenção de doenças. O Ministério da Saúde destaca que a integralidade garante uma assistência que abarca ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde (Brasil, 2016).

A integralidade representa uma mudança de foco das ações centradas no indivíduo para uma abordagem que incorpora toda a coletividade, ampliando as intervenções de saúde para além do nível individual e disponibilizando serviços para toda a sociedade. Assim, famílias, empresas e outras instituições sociais ganham relevância nesse novo cenário (Idem).

Essa abordagem inaugura uma nova perspectiva de acesso aos cuidados de saúde, baseada em um conceito abrangente de qualidade de vida, influenciando não apenas o indivíduo, mas também seu entorno, e visando reduzir a probabilidade de recorrência de enfermidades. Seu propósito fundamental é fortalecer a sociedade por meio da disseminação do conhecimento sobre práticas de saúde e promoção de medidas preventivas (Ufpel, 2024).

Com efeito, proporcionar um serviço de saúde de qualidade implica na disponibilização dos níveis de atenção primária, secundária e terciária, os quais devem ser acessíveis à população, visando a solução de problemas.

A integralidade se manifesta na adoção dos meios necessários para a efetivação do cuidado, tais como consulta médica, consulta de enfermagem, exames, internação, atividades educativas e tratamento, entre outros. Isso implica na oferta de diferentes tipos desses meios, conforme o grau de complexidade da atenção à saúde, incluindo exames para atenção básica, para a média e alta complexidade, assim como a disponibilidade de medicamentos para uso ambulatorial e na atenção hospitalar (Linard, 2011, p.118).

Ocorre que o princípio da integralidade se concretiza quando o acesso à saúde é compreensivo, garantindo ao cidadão uma cobertura que abranja todos os níveis de atenção. Essa abordagem deve considerar o ser humano em sua totalidade, não se limitando à condição patológica que motivou sua busca por assistência médica. Expandindo-se para além do indivíduo em si, o cuidado integral também se estende às pessoas que o cercam, com destaque para a família. Assim, o sistema de saúde deve abranger o tratamento, a reabilitação, a promoção e a prevenção da saúde, sensibilizando a população sobre a importância da saúde como um todo (Linard, 2011).

Portanto, conforme Linard (2011), apesar das disparidades no desenvolvimento regional que caracterizam o panorama brasileiro, os princípios do SUS visam mitigar tais conflitos, viabilizando um acesso digno à saúde para todos os cidadãos. Isso se fundamenta principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual desempenha um papel crucial na prevenção e promoção da saúde na sociedade. Tal abordagem busca evitar a sobrecarga do sistema de saúde diante da crescente demanda por serviços. Neste contexto, a aplicação do princípio da integralidade torna-se crucial, garantindo um atendimento abrangente ao cidadão, visando uma qualidade de vida substancial e a preservação de seu direito inalienável à saúde.

3. A NEGATIVA NO ATENDIMENTO MÉDICO

Os princípios que norteiam o acesso à saúde e os imperativos éticos constituem os pilares essenciais para salvaguardar os direitos e obrigações dos usuários do Sistema Único de Saúde. Tais preceitos delineiam os limites de uma relação saudável entre o profissional de medicina e o paciente. No contexto do atendimento médico, a interação entre médico e paciente representa o alicerce dessa dinâmica, cuja alteração pode comprometer os direitos e responsabilidades do paciente. Ademais, é imprescindível reconhecer que o profissional médico também detém seus próprios direitos e deveres dentro desse arranjo interativo. (De Souza, 2021).

O Ministério da Saúde, seguindo essa diretriz, desenvolveu um documento que compila os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo, assim, a base para a interpretação dos direitos envolvidos na relação entre médico e paciente. Este documento resume as Diretrizes da Carta dos Direitos e Deveres dos usuários de saúde, conforme indicado no texto (Brasil, 2012, p.6).

É essencial reconhecer que todos os cidadãos possuem o direito fundamental de

acesso a serviços de saúde organizados e disponíveis, garantindo a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. Tal direito reflete a importância da saúde como um direito humano inalienável. Ademais, é imprescindível destacar que cada indivíduo tem o direito irrefutável de receber tratamento adequado e oportuno para resolver suas necessidades de saúde. Esta responsabilidade é atribuída ao Estado e às instituições de saúde, assegurando-se o cumprimento dos princípios éticos e técnicos da prática médica.

Da mesma forma, é dever incontestado do sistema de saúde proporcionar um atendimento humanizado, conduzido por profissionais qualificados, em um ambiente acolhedor, limpo e acessível a todos os segmentos da sociedade. Este princípio é crucial na relação entre paciente e serviços de saúde, respeitando a dignidade e os direitos fundamentais de cada indivíduo. Cada indivíduo também deve ter seus valores, cultura, crenças e direitos respeitados durante sua interação com os serviços de saúde. Este enfoque visa garantir a diversidade cultural e promover um ambiente inclusivo e respeitoso.

É importante ressaltar que cada pessoa é responsável por garantir que seu tratamento e sua recuperação sejam realizados de maneira adequada e contínua, contribuindo ativamente para a promoção de sua própria saúde. É igualmente relevante afirmar que todo indivíduo possui o direito à informação sobre os serviços de saúde disponíveis e sobre as diversas formas de participação na comunidade, garantindo transparência e participação ativa na gestão da saúde pública.

Por fim, é garantido a cada cidadão o direito de participar dos conselhos e conferências de saúde, e de exigir que os gestores federais, estaduais e municipais cumpram os princípios estabelecidos na carta. Esta garantia visa promover a participação efetiva da sociedade na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, fortalecendo o princípio da democracia participativa.

Ora, neste contexto, os princípios que orientam o acesso à saúde estabelecem que o médico, como integrante da equipe de saúde, deve observar os princípios da universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao paciente. Portanto, é incumbência do profissional garantir uma prestação de serviços abrangente, que assegure condições equitativas de acesso à comunidade, de forma universal. Conforme previsto nas leis vigentes, é conferido ao médico o direito de recusar o atendimento a um paciente, desde que justifique adequadamente as razões embasadas na relação médico-paciente.

O Código de Ética Médica, no Capítulo I, inciso VIII, determina os direitos do médico asseverando que “o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto,

renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho” (Brasil, 2019, p.15). O referido código estipula que o médico não deve submeter-se a situações que comprometam sua autonomia profissional, devendo evitar elementos que possam obstruir o pleno exercício de sua atividade e, conseqüentemente, afetar a qualidade dos serviços prestados. É possível, portanto, que o profissional da medicina enfrente cenários que coloquem em risco a integridade da relação médico-paciente (De Souza, 2021).

O Código de Ética Médica, no Capítulo I, inciso VIII, determina os direitos do médico asseverando que “o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho” (Brasil, 2019, p.15). O referido código estipula que o médico não deve submeter-se a situações que comprometam sua autonomia profissional, devendo evitar elementos que possam obstruir o pleno exercício de sua atividade e, conseqüentemente, afetar a qualidade dos serviços prestados. É possível, portanto, que o profissional da medicina enfrente cenários que coloquem em risco a integridade da relação médico-paciente (De Souza, 2021).

Nessa ocasião, o médico está resguardado, segundo parâmetros legais, quando julga impróprio continuar o atendimento ou iniciá-lo. Assim, o Código de Ética Médica dispõe que o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente (Brasil, 2019, p.15).

Com efeito, ao discernir a inadequação de sua capacidade para o tratamento em questão, o médico deve evocar o princípio da integralidade, orientando sua conduta na prestação de cuidados abrangentes que englobem todas as dimensões da saúde da paciente. Nesse contexto, caso não esteja mais em condições de realizar o atendimento, é imperativo que o profissional indique outro colega apto a prosseguir com o cuidado ao paciente, preservando, assim, seu acesso contínuo aos serviços de saúde.

O Código de Ética Médica estabelece como imperativo a disponibilidade de outro profissional médico para assumir a continuidade do acompanhamento do paciente, configurando-se como um elemento de suma importância na tomada de decisão do médico. (Brasil, 2019).

Outro aspecto a ser considerado surge quando se configura a impossibilidade de o médico abster-se de atender um paciente. Nesse cenário, determinados critérios devem ser observados

para evitar que o profissional exerça sua autonomia de maneira indevida. Em situações de urgência ou emergência, é vedado ao médico recusar o atendimento, dada a gravidade do estado do paciente, que não permite delongas na tomada de decisão. Dessa forma, o médico é compelido a prestar assistência, mesmo que isso contrarie sua visão da relação médico-paciente. (De Souza, 2021).

O Código de Ética Médica apresenta de forma nítida a conduta que o médico deve possuir quando estiver diante de um caso de urgência ou emergência. Por assim ser, em seu Capítulo V, que trata sobre a relação dos médicos com pacientes e familiares, o código relaciona atos que são vedados ao médico. Sendo assim, veda-se ao médico não atender esse paciente que apresentar tal grau de risco compatível com urgência ou emergência. Assim, nos termos do art. 33 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico “deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência quando não houver outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo (Brasil, 2019, p.27).

Observa-se que o profissional deve exercer cautela ao analisar os parâmetros inerentes ao caso em questão, identificando os possíveis riscos de agravamento do estado do paciente caso a assistência não seja prestada. Este momento é intrinsecamente subjetivo, pois demanda do médico uma revisão abrangente de seu conhecimento técnico, visando determinar a magnitude do risco envolvido na situação em apreço. É imprescindível que essa avaliação seja harmonizada com uma decisão fundamentada nos preceitos éticos e legais que regem a prática médica. (Brasil, 2019).

Ao empregar o princípio da equidade, o médico compreenderá que cada paciente possui necessidades singulares, as quais não se equivalem entre si. No contexto de um paciente em situação de urgência ou emergência, essa disparidade se revela de maneira ainda mais premente, uma vez que o indivíduo enfrenta uma condição singular e grave, colocando sua vida em iminente risco.

O profissional de saúde é instado a avaliar criteriosamente a situação, reconhecendo a singularidade do caso e a necessidade premente de intervenção, ainda que tal avaliação possa diferir das deliberações de seus pares. Assim sendo, é “vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria” (Brasil, 2019, p.21). Tal aplicação do disposto no Código de Ética Médica encontra consonância com as jurisprudências dos tribunais de justiça.

Assim, constata-se, por meio do julgado:

Ementa: APELAÇÃO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. **ALEGAÇÃO DE RECUSA DE ATENDIMENTO MÉDICO.** Dano moral configurado. Recusa no atendimento confirmada pelo requerido. Recusa indevida

ante a falta de outro médico na localidade para atender a autora. Sentença mantida **RECURSO NÃO PROVIDO**. Tribunal de justiça de São Paulo TJ-SP: XXXXX20168260586 SP XXXXX-83.2016.8.26.0586, Relator: Souza Nery, Data de Julgamento: 19/04/2018, 12ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 19/04/2018. (Estado de São Paulo, 2018, grifo próprio⁶).

Tal entendimento também é ratificado pela jurisprudência consulta n.º 70.582/02 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. Assim dispõe:

Consulta n.º 70.582/02- Ementa: O médico tem direito de renunciar o atendimento de paciente, no caso de relacionamento prejudicado com seus familiares, desde que não os abandone, comunicando seu sucessor acerca da continuidade dos cuidados, fornecendo-lhe as informações necessárias (Brasil, 2007⁷).

Em consonância com os preceitos delineados por De Souza (2021), salienta-se que a legislação vigente não impõe uma obrigatoriedade inexorável ao médico de manter uma relação contínua com o paciente em todas as circunstâncias. A normativa também abarca as situações em que o paciente, por sua vez, instiga o encerramento da relação com o profissional de saúde. Ademais, quando tal decisão emerge de uma deliberação conjunta entre ambas as partes envolvidas, não há prejuízo inerente a essa resolução.

Outra questão de considerável importância no contexto da negativa médica é o fenômeno do abandono médico. Este se caracteriza como uma transgressão ética cometida pelo profissional da medicina quando este se exime de prestar assistência sem devida comunicação ao paciente interessado. Todavia, é pertinente ressaltar que o médico pode, em conformidade com as disposições legais, encerrar a relação médico-paciente de maneira legítima. Decorre que, uma vez estabelecida a relação médico-paciente, eventualmente o profissional pode deliberar pela cessação do atendimento. Tal conduta encontra respaldo normativo quando realizada dentro dos limites estabelecidos pela legislação aplicável. O Código de Ética Médica delineia diretrizes que norteiam os procedimentos a serem observados pelo médico e pelo paciente diante dessa inclinação. (De Souza, 2021).

Essa conduta médica, no entanto, deve ser pautada pela observância estrita dos preceitos éticos, dos princípios basilares e das disposições legais pertinentes. Considerando que o princípio da integralidade preconiza a prestação de um cuidado abrangente ao paciente, que transcende a mera abordagem da doença e abarca um tratamento holístico, é imperativo que tais determinações sejam acatadas devidamente.

⁶ Documento não paginado. Ementa de Apelação julgada no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

⁷ Documento não paginado. Parecer n.º 70.582/02 do Cremesp - Conselho regional de medicina do Estado de São Paulo

O médico deve, de maneira antecipada, comunicar ao paciente ou ao seu representante legal a sua decisão, zelando pela harmonia na relação médico- paciente ao expor os fundamentos que embasam sua posição.

Ademais, compete ao médico garantir que seja providenciada a indicação de outro profissional devidamente qualificado para assumir a continuidade do caso, assegurando, dessa maneira, a continuidade e a qualidade do cuidado prestado. Veja, “abandonar paciente sob seus cuidados. Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder. Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos” (Brasil, 2019, p.27).

Ao passo que, há, ademais, a circunstância em que o médico se vê compelido a se ausentar temporariamente de suas incumbências, deixando um paciente em estado grave ou internado desprovido da adequada supervisão. Tal conduta é terminantemente vedada ao médico, uma vez que enseja potenciais riscos à saúde do paciente. Por conseguinte, para se afastar de suas responsabilidades, o médico deve delegar a outro profissional os encargos referentes aos seus pacientes.

O artigo 8º do Capítulo III do Código de Ética Médica ressalta a proibição de afastar-se de suas responsabilidades profissionais, mesmo que temporariamente, sem garantir que outro médico seja designado para cuidar dos pacientes internados ou em estado grave. Essa disposição reflete a importância da continuidade do cuidado e da assistência médica para os pacientes, especialmente aqueles em situações de maior vulnerabilidade, como os internados ou em estado grave. O médico, ao assumir o compromisso de cuidar de seus pacientes, também assume a responsabilidade de garantir que esses cuidados não sejam interrompidos ou negligenciados, mesmo que ele próprio precise se ausentar por algum motivo temporário. Isso nos leva a considerar a relevância da organização e do planejamento por parte dos profissionais de saúde, a fim de assegurar que sempre haja um médico disponível para assumir as responsabilidades em caso de ausência temporária de um colega.

Uma vez mais, é imperativo que o médico observe os princípios estabelecidos pelo Sistema

Único de Saúde (SUS). Destarte, o princípio da integralidade preconiza que o paciente receba a totalidade de seu tratamento por parte da equipe médica. Conseqüentemente, seguindo essa mesma linha de pensamento, o médico incumbido de assumir determinado plantão está obrigado a cumprir com o horário previamente acordado. Tal incumbência engloba a prestação de suporte aos pacientes internados, sem que se ausente de seu posto em qualquer momento. Excetua-se tal prerrogativa apenas quando sua função puder ser assumida por outro profissional.

Dessa forma, o abandono médico se configura apenas na ausência de notificação ao paciente ou seu representante legal por parte do profissional. Em circunstância contrária, na qual tal notificação é devidamente realizada e o paciente é devidamente encaminhado a outro médico, não há nenhum impedimento legal para essa conduta. No entanto, na ausência do cumprimento destes requisitos, o médico se torna passível de responder administrativa, civil e penalmente pelo referido ato. (De Souza, 2021).

A jurisprudência segue o entendimento delineado pelo Código de Ética Médica em consonância com as legislações vigentes no país. Ilustrativamente, consideremos o caso de uma mãe que buscou atendimento médico para seu filho e, durante a consulta, ocorreu um desentendimento com a secretária do estabelecimento. Tal incidente provocou descontentamento na médica responsável pelo atendimento da criança, que, confrontada com a situação, interrompeu o atendimento, alegando incompatibilidade com o comportamento da mãe. Contudo, não providenciou a indicação de outro profissional médico para dar continuidade ao atendimento da criança, resultando na negação do acesso à saúde desta última. (Palma, 2018).

Nesse caso, é manifesta a transgressão aos preceitos delineados pelo Código de Ética Médica, uma vez que a médica poderia ter concluído integralmente o atendimento e, posteriormente, expressado seu desagrado diante da situação em questão. A decisão de interromper abruptamente o atendimento durante sua realização implicaria em expor a criança a riscos à sua saúde. Idealmente, a conduta apropriada seria a continuidade do atendimento, seguida da manifestação de seu descontentamento ao término da consulta, juntamente com a devida orientação ao paciente acerca da possibilidade de dar prosseguimento ao tratamento com outro profissional. (Palma, 2018).

Sua conduta foi julgada pelo Tribunal de Justiça de Goiás, conforme se observa no julgado:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE REPARAÇÃO DE DANOS. DESÍDIA DO PROFISIONAL MÉDICO. VIOLAÇÃO AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. DEMONSTRAÇÃO DOS REQUISITOS. DANOS MORAIS DEVIDOS. I - A responsabilidade civil decorrente da desídia do profissional médico que viola o Código de Ética Médica é de natureza subjetiva, sendo necessário para sua caracterização a efetiva demonstração do dano causado ao paciente, da conduta culposa e do nexo de causalidade entre esta e o

prejuízo experimentado. Evidenciados tais requisitos, assentado se encontra o dever de indenizar. II - Demonstrada a dor, a angústia, o sofrimento e o desequilíbrio da normalidade psíquica causados pelo ato lícito, impõe-se a condenação pelos abalos morais, cujo arbitramento deve se dar mediante estimativa prudencial que leve em conta a necessidade da vítima e capacidade do causador do dano, impondo-se a condenação em R\$ 10.000,00 corrigido pelo INPC a partir do arbitramento (Súmula 362 do STJ), acrescido de juros de mora de 1% ao mês, a partir do evento danoso. III - Caracterizada a sucumbência do Réu/Apelado deve este arcar com as custas e honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação. **APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E PARCIALMENTE PROVIDA.** TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE GOIÁS. processo nº 201092568905, Relator Desembargador Norival Santomé, Data de Julgamento: 09/09/2014, 6ª Câmara Cível, Data de Publicação: 09/09/2014. (Estado de Goiás, 2014, grifo próprio)⁸.

Conforme salientado por Palma (2018), ressalta-se a imperatividade de o médico aderir aos preceitos consubstanciados no Código de Ética Médica, a fim de evitar eventuais práticas ilícitas, conforme preconizado pela legislação em vigor. A despeito de se tratar de uma normativa ética, o Código de Ética Médica dialoga com as disposições das leis ordinárias, como o Código Civil, suscitando a possibilidade de perpetrar um ato ilícito. Assim sendo, impera que o médico cultive uma relação salutar com o paciente.

Ora, o acesso ao prontuário médico constitui mais um ponto em que os preceitos éticos e os fundamentos filosóficos concernentes ao acesso à saúde devem ser escrupulosamente observados. Os princípios da equidade e da integralidade asseguram que o paciente desfrute de uma narrativa completa de seu tratamento no prontuário, independentemente de sua condição clínica. Por sua vez, o princípio da universalidade confere-lhe o direito inalienável de acessar o prontuário médico de forma universal e gratuita, em paridade com o acesso ao próprio atendimento. Enquanto isso, os preceitos éticos encontram sua bússola no Código de Ética Médica, conforme delineado pela legislação em vigor. (Brasil, 1999).

O prontuário médico figura como um componente essencial dentro do arcabouço documental que registra o desenrolar de uma intervenção médica. Configura-se como o instrumento primordial para a identificação, triagem e encaminhamento do paciente, constituindo-se em um repositório que abriga meticulosamente os dados pertinentes ao seu estado de saúde. Por meio desse registro, o profissional médico embasa sua prática, diligenciando em detalhar o histórico clínico do paciente, a descrição minuciosa dos sintomas, a evolução do quadro clínico, os exames já efetuados e requisitados, bem como o relato abrangente de toda a anamnese perpetrada durante o curso do atendimento. (Brasil, 1999).

Ademais, o prontuário médico agrega, ainda, os prognósticos derivados do histórico do

⁸ Documento não paginado. Ementa de Apelação julgada no Tribunal de Justiça do Estado de Goiás.

paciente, da anamnese detalhada, da avaliação propedêutica e do protocolo terapêutico delineado pelo profissional de saúde. Nesses registros, delineiam-se minuciosamente os procedimentos a serem adotados, discriminando os fármacos prescritos e suas respectivas posologias. Tais informações revestem-se de suma importância para a análise e compreensão do caso clínico, proporcionando uma visão abrangente do estado do paciente. Dessa forma, o prontuário médico desempenha um papel fundamental ao viabilizar a apreensão do contexto clínico por parte de qualquer profissional que se depare com tal documentação. (Brasil, 1999).

É imprescindível que tal documento ostente algumas características inalienáveis que assegurem sua compreensibilidade. Em primeiro lugar, sua redação deve ser legível, proporcionando uma apreensão integral do conteúdo por parte do leitor. Deve-se apresentar de maneira inequívoca todos os elementos pertinentes à identificação do paciente, abrangendo criteriosamente todos os dados relevantes para a efetivação de um atendimento de saúde. Adicionalmente, urge evidenciar de forma cristalina os registros concernentes à evolução do paciente, detalhando minuciosamente a prescrição médica diária durante o período de internação. (Brasil, 2001).

Reveste-se de importância ímpar que o profissional médico redija tal documento de modo que sua compreensibilidade seja acessível a qualquer indivíduo. Pois, munido deste instrumento, o paciente pode comunicar sua condição a qualquer pessoa ou profissional que assim desejar. Assim, a redação do prontuário deve informar todas as informações pertinentes ao paciente de forma nítida, apontando os fatos desde o início de sua abordagem até o último ato.

Normatiza o artigo 87 do referido Código que o prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina. O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente. Cabe ao médico assistente ou a seu substituto elaborar e entregar o sumário de alta ao paciente ou, na sua impossibilidade, ao seu representante legal. Este documento também deve conter minuciosamente a descrição de todos os profissionais que avaliaram o paciente durante seu atendimento, bem como as conclusões alcançadas após a análise de seu caso. Tais informações concorrem para uma compreensão abrangente do estado de saúde do paciente, orientando o curso de ação necessário para a resolução de sua condição médica e visando seu posterior restabelecimento e alta hospitalar.

De igual forma, este documento deve ser mantido sob a guarda das instituições médicas por um período mínimo de vinte anos, conforme preceituado pelos protocolos regulatórios. Ao final

deste lapso temporal, ainda se faz imperativo preservá-lo de maneira que possa ser recuperado e consultado caso necessário. Tal precaução se fundamenta na percepção da relevância contínua deste registro, tanto para a trajetória do paciente quanto para os profissionais envolvidos em seu cuidado. É um direito inalienável do paciente o acesso ao seu prontuário, a qualquer momento que julgar conveniente, como uma salvaguarda de seu histórico médico e uma forma de assegurar sua autonomia e direitos. (Brasil, 2001).

De sorte que, a confidencialidade dos dados contidos no prontuário médico é um princípio inviolável, sendo vedada a sua divulgação sem a expressa autorização do paciente. Cabe ao médico zelar pela preservação desse sigilo, em observância ao direito à privacidade e à autonomia do indivíduo. A única exceção a essa regra ocorre quando a revelação dos dados é requisitada por força de obrigação legal. Nos demais contextos, a obtenção do consentimento do paciente é imprescindível para a divulgação do documento. Mesmo diante de solicitações provenientes de familiares ou terceiros, é premente que a autorização do paciente seja obtida previamente para a liberação dos registros.

Desse modo, fica resguardado o direito do paciente ter seu prontuário mantido sob o sigilo médico. Tal conduta entra em consonância com a Constituição Federal que faz a previsão dos direitos fundamentais de liberdade. Como forma de resguardar esse entendimento, a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD determina que deva ser respeitada a liberdade, a intimidade e a privacidade dos pacientes. Sob a ótica do artigo 17 da LGPD:

Art. 17. Toda pessoa natural tem assegurada a titularidade de seus dados pessoais e garantidos os direitos fundamentais de liberdade, de intimidade e de privacidade, nos termos desta Lei (Brasil, 2018, p.6).

Neste raciocínio, a legislação ordinária, consoante à legislação constitucional, instituiu a proteção dos dados do paciente. A constituição determina que todos são iguais perante a lei e, para essa garantia, estipula o cumprimento da inviolabilidade de alguns direitos, entre eles o direito ao sigilo das correspondências. Assim, a Constituição Federal, em seu Artigo 5º, inciso XII, assevera que:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XII - e inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal (Brasil, 1988, p.13).

Note-se que é direito do paciente ter acesso ao seu prontuário a qualquer momento. Logo, o

profissional médico não pode se negar a oportunizar o acesso do que foi realizado durante o tratamento, nos termos do artigo 88: do Código de Ética.

Este documento assume um papel de primordial significância ao registrar a dinâmica da relação estabelecida entre médico e paciente, fornecendo um arcabouço probatório robusto que pode ser invocado tanto pela defesa quanto pela acusação em processos subseqüentes. Conseqüentemente, sua natureza transcende a mera função de registro clínico, alçando-se à condição de elemento de prova capaz de influenciar significativamente o desfecho de contendas legais.

O prontuário médico, além de seu propósito primordial como registro individualizado da saúde do paciente, assume uma relevância adicional no contexto da pesquisa biomédica e epidemiológica. As informações meticulosamente consignadas nesse documento se revelam como fonte preciosa de dados para a formulação de estatísticas e indicadores de saúde, os quais, por sua vez, subsidiam o planejamento e a implementação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças. É imperativo ressaltar, contudo, que a utilização dessas informações para fins de pesquisa deve ser estritamente condicionada à prévia autorização do paciente, em consonância com os princípios éticos que regem a relação médico-paciente e os preceitos legais pertinentes. (Brasil, 1999).

Em conformidade com as reflexões de Palma (2018), incumbe ao médico uma vigilância constante sobre os registros consignados no prontuário médico, meticulosamente catalogando tanto os aspectos favoráveis quanto os desfavoráveis emergentes da interação entre profissional e paciente. Nesse escopo, a observância escrupulosa das vedações legais se reveste de imperativa necessidade, pois cada detalhe desse relato pode se erigir em elemento probatório no âmbito de eventuais procedimentos judiciais.

Sob essa égide, o paciente deve ser provido de um amparo ininterrupto por parte do médico, não apenas durante o transcorrer do atendimento, mas também ao seu desfecho, mediante explanações cabais acerca dos procedimentos empreendidos e a serem empreendidos. Destarte, a plena ciência dos direitos que lhes assistem se afigura imprescindível aos médicos, de modo a evitar quaisquer interferências indevidas nos direitos dos pacientes, efetivando, assim, uma relação interpessoal equânime e harmoniosa entre profissional e paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a fundamentação jusfilosófica subjacente ao direito médico e à recusa de atendimento médico na esfera da saúde pública, visando esclarecer os fundamentos que embasam os direitos pertinentes. O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, destaca-se como um dos mais importantes sistemas de saúde do mundo, garantindo o acesso gratuito aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de suas condições sociais ou regionais.

Os preceitos éticos, delineados pelo Código de Ética Médica, materializam o direito ao acesso à saúde na prática clínica, estabelecendo direitos e responsabilidades na relação médico-paciente. Diante das recusas médicas, é essencial que os pacientes estejam cientes de seus direitos, conforme estipulado pelo código de ética e pela legislação vigente.

É dever do médico informar previamente o paciente sobre suas decisões e garantir a continuidade do tratamento, indicando outro profissional qualificado quando necessário, em conformidade com o princípio da integralidade. O médico não pode recusar atendimento em situações de urgência ou emergência, priorizando o princípio da preservação da vida sobre sua autonomia. Ao aderir aos princípios da equidade e integralidade, o médico garante que o paciente tenha acesso a todas as informações relevantes durante seu atendimento, respeitando seu direito de consultar seu prontuário médico. A relação entre médico e paciente na saúde pública não se limita apenas à saúde física, mas também promove a dignidade humana e a confiança mútua, constituindo um vínculo essencial para o bem-estar integral do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde. Brasília.** 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 27 fev. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina - CFM. **Prontuário Médico.** 1999. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/prontuario-medico> Acesso em: 20 fev 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina - CFM. **Código de ética médica.** A Resolução nº 2.217/2018. Brasília: Tablóide, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2024

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Cremesp. **Alerta ético: Direitos do médico e do paciente.** 2007. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/index/library/http/?siteAcao=Jornal&id=799>. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).** lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Cremesp. **Guia da relação médico-paciente.** 2001. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=13#:~:text=O%20paciente%20tem%20direito%20de,a%20autoriza%C3%A7%C3%A3o%20expressa%20do%20paciente. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL, Assembleia Legislativa de MG. **Encontro Internacional: Direito a saúde, cobertura universal e integralidade possível.** 2016. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/apresentacoes20161119_manha/marta_temido.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de regulação do sistema único de saúde – SUS. 2016.** 1ª edição. Disponível em: <http://editora.saude.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 1. ed. Brasília. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufs/aceso-a-informacao/programas-e-projetos/carta-de-direitos-dos-usuarios-do-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Acórdão: 83.2016.8.26.0586.

Apelação. indenização por danos morais. alegação de recusa de atendimento médico. Dano moral configurado. Recusa no atendimento confirmada pelo requerido. Recusa indevida ante a falta de outro médico na localidade para atender a autora. Sentença mantida RECURSO NÃO PROVIDO. 19 mar. 2018. Apelação. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br> Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. Acórdão: 201092568905. **Apelação cível.** ação de reparação de danos. desídia do profissional médico. violação ao código de ética médica. demonstração dos requisitos. danos morais devidos. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 09 set. 2014. Apelação Civil. Disponível em: <https://www.tjgo.jus.br> Acesso em: 15 fev. 2024.

DE SOUZA, Sérgio Carlos. **Recusa do médico em atender um paciente.** 2021 Disponível em: <https://www.folhavitoria.com.br/geral/blogs/direito-ao-direito/2021/09/16/recusa-do-medico-em-atender-um-paciente/>. Acesso em: 28 fev. 2024.

LINARD, A. G. et al. **Princípios do sistema único de saúde:** compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Revista gaúcha de enfermagem, v. 32, n. 1, p. 114–120, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/ppkf94qZ65nzkcFtWdcbMJr/>. Acesso em: 27 fev. 2024.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do sistema único de saúde.** Rio de Janeiro, EPSJV, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223> Acesso em: 24 fev. 2024.

MATTOS, Ruben Araújo et al. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf> Acesso em 10 fev. 2024.

PALMA, Aryanne. **A recusa no atendimento na relação médico e paciente.** 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-recusa-no-atendimento-na->

relacao-medico-e-paciente/254197221. Acesso em: 01 fev. 2024.

UFPEL, Faculdade de Medicina Cuidativa - UFPEL. **Princípios e Diretrizes do SUS**. 2024.

Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/cuidativa/sus-principios-e-diretrizes/> Acesso em: 27 fev. 2024.