

Implicações éticas do uso de teleconsultas médicas no Brasil

Ethical implications of the use of medical teleconsults in Brazil

Implicaciones éticas del uso de teleconsultas médicas en Brasil

Dhavid Leite Ferreira dos Santos¹, Laís Záu Serpa de Araújo¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as implicações éticas na utilização da modalidade de teleconsultas. **Revisão bibliográfica:** A teleconsulta demonstrou-se essencial, sobretudo em tempos de crise, como a que se vivenciou na pandemia da Covid-19, considerado os riscos de contaminação e conseqüente disseminação da doença e a superlotação de leitos de hospitais. No entanto, apesar dos seus avanços normativos essa, do ponto de vista ético, ainda se encontra em evolução, pois apresenta conflitos com a ética tradicional. Não obstante, vemos que é possível assegurar esses princípios entendidos como conflitantes como o princípio da privacidade, confidencialidade, e autonomia, garantir o direito a informação bem como, superar, em alguns casos, a falta de exame físico, garantir acessibilidade e qualidade no atendimento, desde que esteja devidamente regulamentada. **Considerações finais:** É indispensável a adoção de protocolos para as teleconsultas que antevejam a necessidade ou não de exame físico, modo de como obter corretamente o consentimento do paciente para a realização das consultas remotas e com previsão de um ambiente adequado para a realização das teleconsultas, assegurando a privacidade e confidencialidade, bem como preveja, mecanismos de treinamento e acessibilidades para médicos e pacientes.

Palavras-chave: Teleconsultas, Ética tradicional, Evolução, Adoção de protocolos.

ABSTRACT

Objective: To analyze the ethical implications in the use of the teleconsultation modality. **Bibliographic review:** Teleconsultation proved to be essential, especially in times of crisis, such as the one experienced in the Covid-19 pandemic, considering the risks of contamination and consequent spread of the disease and the overcrowding of hospital beds. However, despite its normative advances, from an ethical point of view, it is still evolving, as it presents conflicts with traditional ethics. However, we see that it is possible to ensure these principles, understood as conflicting, such as the principle of privacy, confidentiality, and autonomy, guarantee the right to information as well as, in some cases, overcome the lack of physical examination, guarantee accessibility and quality in care, provided it is properly regulated. **Final considerations:** It's essential to adopt protocols for teleconsultations that foresee the need or not for a physical examination, a way of correctly obtaining the patient's consent for remote consultations and providing an adequate environment for teleconsultations, ensuring privacy and confidentiality, as well as providing, training mechanisms and accessibility for doctors and patients.

Keywords: Teleconsultations, Traditional ethics, Evolving, Adoption of protocols.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las implicaciones éticas en el uso de la modalidad de teleconsulta. **Revisión bibliográfica:** La teleconsulta se mostró fundamental, especialmente en tiempos de crisis, como el vivido por la pandemia del Covid-19, considerando los riesgos de contaminación y conseqüente propagación de la enfermedad y el hacinamiento de las camas hospitalarias. Sin embargo, a pesar de sus avances normativos, desde el punto de vista ético aún se encuentra en evolución, pues presenta conflictos con la ética tradicional. Sin embargo, vemos que es posible asegurar que estos principios, entendidos como contrapuestos, como el principio de privacidad, confidencialidad y autonomía, garanticen el derecho a la información así como, en algunos casos, superen la falta de examen físico, garanticen accesibilidad y calidad en la atención, siempre que esté

¹Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió – AL.

debidamente regulada. **Consideraciones finales:** Es fundamental adoptar protocolos para las teleconsultas que prevean la necesidad o no de un examen físico, una forma de obtener correctamente el consentimiento del paciente para las consultas a distancia y brindar un ambiente adecuado para las teleconsultas, asegurando la privacidad y confidencialidad, así como brindar capacitación mecanismos y accesibilidad para médicos y pacientes

Palabras clave: Teleconsultas, Ética tradicional, Evolucionando, Adopción de protocolos.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as teleconsultas sempre foram alvo de discussões quanto a eticidade. Várias tentativas de regulamentação surgiram no decorrer dos anos, no entanto, somente em 2020 a sua aplicação ética foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), motivada pela pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (CFM, 2020).

Com o surto da Covid-19 e, por conseguinte, o isolamento social, o contato entre médico e paciente encontrou dificuldades. Houve um aumento do número de pacientes com depressão e ansiedade, consequência da vulnerabilidade emocional que estavam sendo submetidos com o confinamento em casa. (LIMA AMBR, 2020).

Além disso, com a falta de acompanhamento médico, os pacientes se automedicaram, sendo esse período marcado por desinformação, no que se refere ao tratamento das enfermidades. Por conseguinte, esse estado despertou a necessidade de definir uma forma de organizar e reestruturar o sistema de saúde, garantindo a atuação médica adequada para atender essa demanda em tempos de crise (CAETANO R, et al., 2020).

Assim sendo, foi necessário reconhecer aplicação ética da telemedicina como uma medida frente a essa ameaça vivenciadas pelos sistemas de saúde, com risco real de sequelas e mortes na população, assegurando a proteção tanto a saúde dos médicos como a dos pacientes (CFM, 2020).

No entanto, com a pandemia, a prestação de atendimento remoto ganhou diferentes definições e abordagem pelos Conselhos Regionais de Medicina, com a criação das resoluções regionais. o que gerou momentânea insegurança jurídica no que se refere a análise ética da necessidade do exame físico prévio para as consultas remotas (SILVA FVM e SANTOS ACG, 2021).

Em 2022, o Conselho Federal de Medicina, editou a resolução CFM nº 2.314/2022 (2022) e, assim, pacificou o entendimento da desnecessidade de exame físico na primeira consulta, podendo essa ser exclusivamente remota, além disso, definiu um nível de segurança para as consultas remotas. No entanto, algumas situações éticas ainda precisam ser esclarecidas como a falta de exame físico em situações que o exame físico garante uma grande margem de segurança para o diagnóstico como podemos observar na doença em estágio inicial e com poucas manifestações clínicas, na doença com apresentação atípica e na doenças mascaradas, bem como definir mecanismos de acessibilidade para os pacientes entre outras situações que serão abordadas nesse artigo.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo analisar as implicações éticas na utilização da modalidade de teleconsultas.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Evolução normativa da telemedicina e as implicações éticas

Há mais de duas décadas que se faz pesquisas sobre o uso da telemedicina no Brasil. Um marco importante foi a criação do projeto Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) pela Rede Nacional de Pesquisa (RNP). Graças a essa rede foi possível implantar uma infraestrutura de interconexão nas universidades e unidades de ensino de saúde do Brasil. Posteriormente, essa interconexão evoluiu para o programa Inova Saúde. que amparava projetos de empresas para promoção e desenvolvimento de novas

tecnologias, informativas e comunicativas que poderiam ser empregado na área da saúde (SILVA FVM e SANTOS ACG, 2021).

No entanto, a primeira regulamentação da telemedicina foi no ano de 2002, quando o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n. 1643/2002. Entretanto, essa norma não previa o emprego de teleconsultas no atendimento dos pacientes. O objetivo dessa resolução era assistência, educação e pesquisa em saúde e, assim, definiu telemedicina como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde” (CFM, 2002).

Em 2018, o Conselho Federal de Medicina revogou a resolução n. 1643/2002 do CFM e editou a resolução n. 2227/2018. Essa resolução definia critérios para a prática da telemedicina no país. Além disso, ampliou a abordagem da telemedicina inserindo as teleconsultas, tema que não constava na resolução anterior. A nova resolução adotou a necessidade de registros eletrônicos com identificação das instituições prestadoras e dos profissionais envolvidos; termo de consentimento livre e esclarecido do paciente para o atendimento; identificação e dados do paciente; registro da data e hora do início e do encerramento das teleconsultas; identificação da especialidade envolvida; motivo da teleconsulta; observação clínica; dados propedêuticos e diagnóstico (CFM, 2018b).

Em 2019, o CFM editou a resolução n. 2.228/2019, que revogou a Resolução CFM nº 2.227/2018, para atender ao clamor das entidades médicas que apresentaram um grande número de propostas para alteração dos termos da Resolução nº 2.227/2018. Após a revogação da resolução supracitada aquela reeditou a Resolução CFM nº 1.643/2002, publicada no D.O.U. de 26 de agosto de 2002 (CFM, 2019).

Com a pandemia, a lei n. 13.979/2020 estabeleceu o isolamento social como forma de enfrentamento do surto da COVID-19 (BRASIL, 2020a) e a portaria n. 467/2020 do Ministério da Saúde, em caráter excepcional e temporário, definiu as ações de telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento desta emergência em saúde pública (BRASIL, 2020c). Em 15 de abril de 2020, a lei 13.989/2020 dispôs sobre o uso da telemedicina enquanto durasse a pandemia e previa ser dever do médico informar ao paciente todas as limitações inerentes ao uso da telemedicina, tendo em vista a impossibilidade de realização de exame físico durante a consulta (BRASIL, 2020b).

No entanto, a regulamentação ética das teleconsultas como a sua abrangência e limitações não foi definida pelo Conselho Federal de Medicina e ficou a critério dos Conselhos Regionais de Medicina. Em consequência disso, não houve uniformização de entendimento entre os Conselhos Regionais, o que acabou gerando insegurança jurídica (SILVA FVM e SANTOS ACG, 2021). À vista disso, no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) editou a resolução n. 305/ 2020 em que não era possível a teleconsulta para os pacientes que estivessem se consultando pela primeira vez (CREMERJ, 2020). Da mesma forma, a Resolução nº 56, de 1º de abril de 2020 do Conselho Regional do Estado do Ceará (CREMEC) definiu parâmetros para as teleconsultas, entre eles, a necessidade da primeira consulta ser presencial (CREMEC, 2020).

No entanto, na regulamentação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB) não havia essa proibição, de acordo com a resolução n. 367/2020 era permitida a modalidade de teleconsulta, sem o exame físico no paciente, podendo o médico lançar mão de outros exames, laboratoriais e de imagem, para prescrição do tratamento (CREMEB, 2020). A Resolução n. 10 de 18 de maio de 2020 do Conselho Regional do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS), análoga à Resolução da Bahia, permitia a primeira consulta ser remota (CREMERS, 2020). Como observado, a falta de uniformização sobre as teleconsultas enfraqueceu essa modalidade de atendimento, gerando conflitos éticos, pois criou barreiras geográficas, uma vez que a regulamentação de um Conselho Regional só era válida para médicos com inscrição naquele estado. Além disso, condutas médicas remotas realizadas num paciente com doença crônica em diferentes estados careceria de viabilidade ética.

Segundo Ávila H (2011), a segurança jurídica é uma norma-princípio que exige dos poderes legislativo, executivo e judiciário a adoção de comportamentos que contribuam para a existência de um estado de

confiabilidade, evitando surpresas, frustração e divergências de interpretações legislativas. Assim, deve ser marcado pela objetividade e previsibilidade sem normas antinomias.

Assim, reconhecendo a necessidade de regulamentar as condutas médicas na telemedicina, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 2.314/2022. Esse ordenamento propiciou que a primeira consulta pudesse ser remota. Essa mesma norma estabeleceu que no atendimento de pacientes com doenças crônicas ou que necessitem acompanhamento por longo tempo, o paciente não deveria ficar mais de 180 dias sem uma consulta médica presencial. Ademais, reafirmou a necessidade de informar ao paciente as limitações inerentes ao uso da teleconsulta, em razão da impossibilidade de realização de exame físico (CFM, 2022).

A nova resolução ainda institui a necessidade de registro das informações sobre o paciente e o atendimento em prontuário médico físico ou no uso de sistemas informacionais, em Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (SRES). Neste caso, o sistema deve ter nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2), no padrão da infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão aceito pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (CFM, 2022).

A nova resolução abordou sobre a autonomia médica e do paciente para decidir a utilização ou não da telemedicina, inclusive interromper a consulta caso necessário, com respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pré-estabelecido entre o médico e o paciente. Porém, a decisão médica de interromper o tratamento deve ser baseada nos princípios da beneficência e não maleficência (CFM, 2022).

Com isso, fica evidente que o Conselho Federal de Medicina, além de permitir a primeira consulta remota, trouxe no texto da nova resolução princípios éticos da beneficência, não maleficência, confidencialidade, privacidade e autonomia. Tais princípios não foram contemplados nas resoluções anteriores.

Importância clínica do exame físico

Apesar da desnecessidade do exame físico na primeira consulta remota, segundo Lopes M e Medeiros JL (1986) esse é uma parte essencial do exame clínico, sendo capaz de testar hipóteses diagnósticas durante a anamnese e possibilitar em muitas ocasiões o diagnóstico. Com isso, o exame físico torna-se essencial nas seguintes condições: formular hipóteses diagnósticas, estabelecer uma boa relação médico paciente e tomar decisões (PORTO CC, 2014).

No que se refere a relação médico paciente, o exame físico contribui para um grande significado psicológico. Sobre essa temática Porto CC (2014) descreve que o paciente só se sente verdadeiramente “examinado” quando está sendo inspecionado, palpado, percutido, auscultado, pesado e medido em virtude do significado psicológico e do componente afetivo dos exames, sendo atingido grau máximo nos pacientes com transtornos de ansiedade. Com isso, deve ser reconhecido e corretamente explorado pelo médico para consolidar a relação médico paciente que teve início na anamnese.

Com isso, podemos depreender que o exame físico aumenta o grau de confiança da consulta médica, isso diminuir o abandono do tratamento e, por conseguinte, a insatisfação dos pacientes e procura por novas consultas. Diante disso, vemos que as consultas remotas, sem exame físico, futuramente podem ser motivo para o abandono de tratamento, o que descaracteriza o seu objetivo que é possibilitar ao paciente uma consulta médica célere e eficaz. No que se refere a tomada de decisão e formulação de hipótese diagnósticas, existe uma grande participação do exame físico na eficácia dos diagnósticos. Para enfatizar a importância do exame físico Hampton JR (1975) apud Porto CC, (2014), descreve que vários estudos revelam que a margem de acertos depende fundamentalmente da qualidade da anamnese, a qual responde por 80 a 85% dos acertos. O exame físico contribui com 8 a 10%; sendo que os exames complementares colaboram com uma pequena parcela de acertos.

Conforme descrito, existe uma grande elevação na percentagem de acerto no diagnóstico com a utilização do exame físico, sendo essa superior à participação dos exames complementares. Além disso, pode-se deduzir que, em alguns casos, o exame físico é necessário em virtude da complexidade do diagnóstico como podemos observar na doença em estágio inicial e com poucas manifestações clínicas, na doença com

apresentação atípica (comum em idosos) e na doenças mascaradas (por intercorrência, automedicação ou iatrogenia), entre outras (PORTO CC, 2014). Assim, a adoção de protocolos para reconhecimento da necessidade de exame físico nas teleconsultas pode garantir o reconhecimento da sua necessidade ou não para o diagnóstico e possibilitar uma adequada prescrição no momento da consulta.

Direito a informação

Viabilizar as teleconsultas demonstrou-se essencial, sobretudo em tempos de crise, como a que se vivenciou na pandemia da Covid-19, considerado os riscos de contaminação e consequente disseminação da doença e a superlotação de leitos de hospitais. A eficácia da teleconsulta garantida por uma triagem adequada, auxilia na identificação dos casos que precisam de internamento e encaminhamento para o hospital e assegura o tratamento correto de casos mais simples que podem ser acompanhados em casa (CAETANO R, et al., 2020).

Além disso, esse novo modelo de consultas possibilitará uma resposta mais célere no tratamento de paciente crônicos, evitando a descompensação de situação clínica e deslocamento para hospital. Também evita o absenteísmo no trabalho, pois o paciente não precisa se deslocar para o local da consulta. Por fim, possibilita o tratamento de enfermos que residem em locais distantes das unidades de saúde (FERREIRA D, 2020).

Conforme o artigo 32 dispostos no Código de Ética Médica, o médico tem o dever “de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente” (CFM, 2018a).

No entanto, as teleconsultas, como uma nova modalidade de atendimento aos pacientes, podem afrontar alguns princípios da ética médica tradicional. Como podemos observar, o Código de Ética Médica, no artigo 37 estabelece que é vedado ao médico: “prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente” (CFM, 2018a). No caso da teleconsulta não há exame físico, fator que gera limites para o diagnóstico. Tal situação deve ser informada e esclarecida ao paciente para obtenção do consentimento livre e esclarecido (CFM, 2022).

O direito a informação está previsto no art. 6º do Código de Defesa do Consumidor (CDC): “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem” (BRASIL, 1990) e, também, no art. 22 do Código de ética Médica, sendo vedado o médico deixar de obter consentimento do paciente ou do seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (CFM, 2019a).

Segundo Beauchamp TL e Faden R (1995), a obtenção do consentimento livre e esclarecido consta de três etapas pré-condição, elemento da informação e elemento do consentimento. A pré-condição é a capacidade para entender e decidir de forma voluntária. O elemento da informação é a explicação sobre os riscos e benefícios, apresentar outras alternativas de tratamento mais adequadas e a linguagem acessível para a compreensão do paciente. O elemento do consentimento requer que a decisão seja do paciente e sua escolha seja a partir de no mínimo duas propostas e, por fim, a autorização.

Constantino CF, et al. (2009) definem consentimento informado como o registro em prontuário de uma decisão voluntária, por parte do paciente ou dos seus responsáveis legais, tomada após um processo informativo e esclarecedor, para autorizar um tratamento ou procedimento médico específico, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências.

Portanto, é necessário resguardar melhor a autonomia do paciente proposto pela resolução 2.314/2022 quando do agendamento, caso o paciente não escolha a teleconsulta, além da informação das limitações da consulta remota, deve-se assegurar o direito do paciente de escolher a consulta presencial. Para Dantas E e Coltri MV (2010) a informação é a base da autonomia, ou seja, a desinformação, pelo contrário, não permite uma escolha consciente. Ressalta-se que também é necessário o registro no prontuário a escolha do paciente (CFM, 2022).

Proteção de dados pessoais

É possível, também, se identificar outras implicações éticas para o uso de teleconsultas como a proteção da privacidade e da confidencialidade do paciente. Nas teleconsultas esses princípios éticos podem ser violados ou pela invasão e entrega de dados dos pacientes sem seu consentimento, em situações não descritas na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (2018), ou pela realização dessa modalidade de consultas em lugares inapropriados, correndo o risco das informações serem facilmente visualizadas e compartilhadas por terceiros.

No que se refere ao tratamento de dados pessoais sensíveis nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado observado nas consultas remotas, a LGPD dispõe sobre o tratamento, garantindo a sua segurança a fim de resguardar direitos fundamentais. Além disso, prevê os casos restritos em que é possível compartilhar informações sem o consentimento do titular, como é o caso em que for indispensável para tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária (BRASIL, 2018).

A partir dessa análise, pode-se aferir que os princípios éticos da privacidade e da confidencialidade em alguns casos, nas teleconsultas há possibilidade de serem desrespeitados, pois, as ferramentas tecnológicas disponíveis são suscetíveis as violações tanto no recebimento, no armazenamento e/ou na transferência dos dados. Desse modo, comprova-se que para proteção dos dados é essencial a princípio um bom nível de segurança, o que possibilitará um maior controle das informações (OLIVEIRA AB, et al., 2020).

Segundo Beauchamp TL e Childress JF (2002) confidencialidade e privacidade possuem conceitos distintos. Por conseguinte, uma violação do direito de confidencialidade é evidenciada quando a informação é compartilhada com o consentimento da pessoa ou instituição responsável pela guarda e sigilo da informação. No entanto, a violação ao direito a privacidade surge quando o compartilhamento da informação ocorre sem consentimento do coletor da informação. Segundo a LGPD em ambas situações caberá responsabilidade dos agentes de tratamento das informações desde que comprovado dolo ou culpa (BRASIL, 2018).

Assim, o excludente de responsabilidade do agente está condicionado a demonstração que não era o agente tratador da informação violada. Havendo participação no tratamento, o agente deverá demonstrar que adotou medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas ou que o dano é decorrente de culpa exclusiva do titular dos dados ou de terceiro (BRASIL, 2018).

No entanto, salientar-se a necessidade da informação prévia do paciente sobre a necessidade de procurar um ambiente adequado para a realização da consulta, pois não será possível o agente tratador alegar culpa exclusiva do titular por má escolha do local da consulta se esse não foi devidamente orientado sobre o serviço prestado conforme visto no art. 6º do CDC (BRASIL, 1990).

Diante disso, apesar da resolução 2.314/2022 exigir um nível segurança no registro das informações sobre o paciente, é necessário um ambiente adequado para a realização da consulta para médico e paciente, evitando-se o compartilhamento de imagem e dados do paciente no ambiente de escolha do médico ou exposição desnecessária do paciente devido à má escolha do paciente do local do atendimento. A orientação do paciente, devidamente registrada em prontuário para procurar um local adequado para consulta, resguarda o médico no seu atendimento e assegura o sigilo médico.

Garantia da qualidade do atendimento e acessibilidade

Para garantir a qualidade do atendimento é preciso que os médicos sejam qualificados tecnicamente para prestação de serviço on-line e os pacientes devem possuir acesso à internet e as demais ferramentas de comunicação, ressaltando que, no Brasil, muitas famílias não têm acesso a este tipo de serviço, estes fundamentos que precisam ser regulamentados e sanados (IBGE, 2019). Diante disso, é necessário que existam núcleos de mediação de rede para se poder executar as ações propostas pelos teleatendimentos (OLIVEIRA AB, et al., 2020). Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do

último censo do 4º trimestre de 2019, 20,5% da população brasileira não utilizava a internet e desses 42,4% era por falta de conhecimento (IBGE, 2019). Por conseguinte, revela-se que apenas disponibilizar um serviço de saúde sem fornecer as condições para os pacientes terem o acesso, não resolve o problema. É necessário promover a acessibilidade informacional para que não ocorra exclusão de atendimento de determinados grupos populacionais (SILVA FVM e SANTOS ACG, 2021). Além disso, a qualidade dos atendimentos em saúde mediados pelas tecnologias de rede necessita de uma formação adequada dos médicos. Com isso, os estudantes já devem ser capacitados e orientados para no futuro para utilizarem adequadamente essas ferramentas garantindo, sobretudo, a observância, respeito e cumprimento dos princípios éticos. São esses princípios que propiciarão o melhor atendimento para o paciente e a proteção da atividade médica evitando casos de negligência, imprudência e imperícia (SILVA FVM e SANTOS ACG, 2021).

Apesar da necessidade de assegurar o cumprimento de princípios éticos, destaca-se que, após sanar os obstáculos, essa nova modalidade de atendimento poderá ser uma boa alternativa em razão da celeridade no atendimento, pois a consulta presencial está sujeita a agendamentos que podem ser mais longos e necessidade de deslocamento para os centros de atendimento médico (LIMA AMBR, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consideração ao exposto, pode-se concluir que apesar dos avanços na regulamentação das teleconsultas ainda há necessidade de uma normatização com uma abordagem mais específica, sendo indispensável a adoção de protocolos para as teleconsultas e que esses protocolos antevejam a necessidade ou não de exame físico para o diagnóstico e prescrição no momento da consulta, modo de como obter corretamente o consentimento do paciente para a realização das consultas remotas, com a prestação de informações essenciais como a alternativa de escolha da consulta presencial e prever um ambiente adequado para a realização das teleconsultas, assegurando a privacidade e confidencialidade, bem como preveja, mecanismos de treinamento e acessibilidades para médicos e pacientes para o uso das consultas remotas. Esta regulamentação permitirá ao médico uma maior segurança na escolha do modelo presencial ou remoto, uma melhor abordagem ética, garantindo uma maior qualidade no atendimento.

REFERÊNCIAS

1. ÁVILA H. Teoria da segurança jurídica. São Paulo. São Paulo: Malheiros, 2011; 14p.
2. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo. São Paulo: Loyola, 2002; 425p.
3. BEAUCHAMP TL, FADEN R. Meaning and elements of informed consent. New York. New York: McMillan, 1995; 1239p.
4. BRASIL. Lei nº 8.078. 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acessado em: 12 de junho de 2022.
5. BRASIL. Lei 13.709. 2018. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acessado em: 25 de setembro de 2022.
6. BRASIL. Lei 13.979. 2020a. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acessado em: 17 de março de 2022.
7. BRASIL. Lei 13.989. 2020b. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13989.htm#view. Acessado em: 17 de março de 2022.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 467. 2020c. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm, Acessado em: 15 de março de 2022.
9. CAETANO R, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, 2020; 36(5).
10. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº1643. 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CFM-1643-2002-08-07.pdf>. Acessado em: 15 de março de 2022.

11. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217 de 2018a. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acessado em: 16 de março de 2022.
12. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.227. 2018b. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>. Acessado em: 15 de março de 2022.
13. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.228. 2019. Revoga a Resolução CFM nº 2.227, publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p. 58, a qual define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002, publicada no D.O.U. de 26 de agosto de 2002, Seção I, p. 205. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CFM-2228-2018-02-26.pdf>. Acessado em: 15 de março de 2022.
14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). OFÍCIO CFM Nº 1756. 2020 – COJUR. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 19 mar. 2020. Disponível em https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acessado em: 15 de março de 2022.
15. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.314. 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Conselho Regional de Medicina, 2002. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acessado em: 15 de junho de 2022.
16. CONSTANTINO CF, et al. Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da ética e da bioética. Atheneu; 2009. 203-13p.
17. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CREMERJ). Resolução CREMERJ Nº 305. 2021. Dispõe sobre o atendimento médico por Telemedicina durante a pandemia de SARS-CoV2/COVID-19. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.cremelj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1435>. Acessado em: 13 de março de 2022.
18. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA (CREMEB). Resolução CREMEB Nº 367. 2020. Dispõe sobre a assistência médica a partir de ferramentas de telemedicina, durante estado de calamidade pública que determina isolamento, quarentena e distanciamento social e revoga as RESOLUÇÕES CREMEB Nº 363 e 365/2020. Bahia: Conselho Regional de Medicina, 2020. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/normas/resolucao-cremeb-367-2020/>. Acessado em: 13 de março de 2022.
19. CONSELHO REGIONAL DO ESTADO DO CEARÁ (CREMEC). Resolução CREMEC nº 56. 2020. Dispõe sobre o atendimento médico por Telemedicina durante a pandemia de SARS-CoV2/COVID-19. Ceará: Conselho Regional de Medicina, 2020. Disponível em: <http://cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=a&ficha=1&id=16756&tipo=RESOLU%C3%93&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20do%20Cear%C3%A1&numero=56&situacao=VIGENTE&data=01-04-2020>. Acessado em: 13 de março de 2022.
20. CONSELHO REGIONAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (CREMERS). Resolução CREMERS n.º 10, de 18 de maio de 2020. Define, em caráter excepcional e temporário, as diretrizes éticas para os atendimentos médicos realizados por meios remotos (Telemedicina) por intermédio de Operadoras de Planos de Saúde enquanto perdurarem as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da epidemia do Coronavírus (COVID-19) no Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul: Conselho Regional de Medicina, 2020. Disponível em: <https://cremers.org.br/wp-content/uploads/2020/05/18.05.2020-Resolu%C3%A7%C3%A3o-102020-do-CREMERS.pdf>. Acessado em: 13 de março de 2022.
21. DANTAS E e COLTRI MV. Comentários ao Código de Ética Médica: Resolução CFM n.1.931, de 17 de setembro de 2009. GZ Ed.; 2010; 16p.
22. FERREIRA D. Papel da Telesaúde em Tempos de Pandemia COVID-19: Para Grandes Males, Grandes Remédios. Revista Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2020.
23. HAMPTON JR. Relative contributions of historytaking, physical examination and laboratory investigation and management of medical outpatients. Brit Med J. 1975; 2:486-89p.
24. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por situação do domicílio, sexo e utilização da Internet período de referência dos últimos três meses. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6793#resultado>. Acessado em: 22 de junho de 2022.
25. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pessoas de 10 anos ou mais de idade que não utilizaram a internet no período de referência dos últimos três meses, por motivo de não terem usado a internet (inclui UF, RM e RD). Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7261#resultado>. Acessado em: 22 de junho de 2022.
26. LIMA AMBR. Covid-19: A Telemedicina e o Dever de Informação ao Paciente – Consumidor em Isolamento Social. Eficácia e Eficiência no Atendimento Médico a Distância. Novos Desafios. TJ SP Publicações 2020.
27. LÓPES M e MEDEIROS JL. Semiologia médica. Minas Gerais. Belo Horizonte: Reveinter, 1986; 1(4): 57.
28. OLIVEIRA AB, et al. Desafios do Avanço da Telemedicina e seus Aspectos Éticos: Revisão Integrativa. Revistaccs, 2020; 31(1): 55-63.
29. PORTO CC. Semiologia médica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2014; 15-42p.
30. SILVA FVM e SANTOS ACG. A Regulamentação Brasileira Sobre Telemedicina: Um Impulso Dado Pelo Covid-19 em Busca da Garantia ao Acesso à Saúde. Revista do CEPEJ, 2021; 23.