



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

FLACSO
ARGENTINA

Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

DOSIER MONOGRÁFICO SOBRE TELEMEDICINA

Telemedicina, ética e a Resolução n. 2.314/2022 do Conselho Federal de Medicina Brasileiro: parâmetros de aplicação, subsidiariedade, letramento e segurança informacional

Telemedicina, ètica i Resolució n. 2.314/2022 del Consell Federal de Medicina del Brasil: paràmetres d'aplicació, subsidiarietat, alfabetització i seguretat de la informació

Telemedicina, ética y Resolución n. 2.314/2022 del Consejo Federal de Medicina de Brasil: parámetros de aplicación, subsidiariedad, alfabetización y seguridad de la información

Telemedicine, Ethics and Resolution n. 2.314/2022 of the Brazilian Federal Council of Medicine: Application parameters, subsidiarity, literacy and information security

STHÉFANO BRUNO SANTOS DIVINO, ISABELA GONÇALVES ALMEIDA *

* Sthéfano Bruno Santos Divino. Doutor e Mestre em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Professor Titular I do Curso de Direito do Centro Universitário de Lavras (Brasil). Email: sthefanoadv@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9037-040>.

* Isabela Gonçalves Almeida. Graduanda em Direito pelo Centro Universitário de Lavras (Brasil). Email: isabelaalmeida@souunilavras.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3195-0976>.



Copyright (c) 2023 Sthéfano Bruno Santos Divino, Isabela Gonçalves Almeida
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Resumo

Em 5 de maio de 2022 o Conselho Federal de Medicina Brasileiro definiu e regulamentou a Telemedicina por meio da Resolução n. 2.314/2022. A partir deste marco teórico, propõe-se como problema de pesquisa o seguinte questionamento: o normativo brasileiro é capaz de lidar com as questões éticas de maior incidência na telemedicina? Objetiva-se identificar e definir padrões e princípios pelos quais o médico deve adotar durante a Telemedicina, ressaltando-se a relação centrada no paciente. Posteriormente, detalha-se criticamente a Resolução n. 2.314/2022 do Conselho Federal de Medicina Brasileiro sob a ótica de três preceitos. Como resultado, verifica-se a inexistência de regulamentação expressiva para o uso de tecnologias para finalidades médicas, fato que reflete em desafios éticos a serem enfrentados. Conclui-se que a normatização deficiente sobre telessaúde ocasiona transtornos jurídicos e bioéticos, convergindo valores e princípios que pressupõem constância e integração na relação médico-paciente. O método utilizado é o de pesquisa integrada mediante técnica de pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave: Conselho Federal de Medicina; ética; responsabilidade; resolução n. 2.314/2022; telemedicina.

Resum

El 5 de maig de 2022 el Consell Federal de Medicina del Brasil va definir i va regular la Telemedicina a través de la Resolució n. 2.314/2022. A partir d'aquest marc teòric, es proposa com a problema de recerca la següent pregunta: està la normativa brasilera capacitada per a tractar les qüestions ètiques de major incidència en la telemedicina? L'objectiu és identificar i definir les normes i principis que el metge ha d'adoptar durant la Telemedicina, posant l'accent en la relació centrada en el pacient. Posteriorment, la Resolució 2.314/2022 del Consell Federal de Medicina del Brasil es detalla críticament des de la perspectiva de tres preceptes. Com a resultat, es verifica la falta de regulació expressiva per a l'ús de les tecnologies amb finalitats mèdiques, fet que reflecteix els desafiaments ètics als quals cal enfrontar-se. Es conclou que la deficient normativitat en matèria de telemedicina ocasiona trastorns jurídics i bioètics, convergint valors i principis que pressionen la constància i integració en la relació metge-pacient. El mètode utilitzat és el de la recerca integrada mitjançant la tècnica de recerca bibliogràfica.

Paraules clau: Consell Federal de Medicina; ètica; responsabilitat; resolució núm. 2.314/2022; telemedicina.

Resumen

El 5 de mayo de 2022, el Consejo Federal de Medicina de Brasil definió y reguló la Telemedicina a través de la Resolución n. 2.314/2022. A partir de este marco teórico, se propone como problema de investigación la siguiente pregunta: ¿está la normativa brasileña capacitada para tratar las cuestiones éticas de mayor incidencia en la telemedicina? El objetivo es identificar y definir las normas y principios que el médico debe adoptar durante la Telemedicina, haciendo hincapié en la relación centrada en el paciente. Posteriormente, la Resolución 2.314/2022 del Consejo Federal de Medicina de Brasil se detalla críticamente desde la perspectiva de tres preceptos. Como resultado, se verifica la falta de regulación expresiva para el uso de las tecnologías con fines médicos, hecho que refleja los desafíos éticos a los que hay que enfrentarse. Se concluye que la deficiente normatividad en materia de telemedicina ocasiona trastornos jurídicos y bioéticos, convergiendo valores y principios que presionan la constancia e integración en la relación médico-paciente. El método utilizado es el de la investigación integrada mediante la técnica de investigación bibliográfica.

Palabras clave: Consejo Federal de Medicina; ética; responsabilidad; resolución nro. 2.314/2022; telemedicina.

Abstract

On May 5th, 2022, the Brazilian Federal Medicine Council defined and regulated Telemedicine through Resolution No. 2.314/2022. Based on this theoretical framework, the following question is proposed as a research problem: is the Brazilian normative able to deal with the ethical issues of greatest incidence in telemedicine? The objective is to identify and define standards and principles which the physician should adopt during Telemedicine, emphasizing the patient-centered relationship. Subsequently, Resolution 2.314/2022 of the Brazilian Federal Medical Council is critically detailed from the point of view of three precepts. As a result, there is a lack of regulation for the use of technologies for medical purposes, which reflects ethical challenges. We conclude that the deficient regulation of telehealth causes legal and bioethical problems, converging values and principles that presuppose constancy and integration in the doctor-patient relationship. The method used is integrated research through a bibliographic research technique.

Keywords: Federal Council of Medicine; ethics; liability; resolution no. 2.314/2022; telemedicine.

1. Introdução

Em 2011, um paciente italiano recebeu um *stents* coronário. Cerca de 8 anos depois, em 2019, o paciente se dirigiu ao médico por apresentar queixas quanto à dificuldade respiratória progressiva, com sensação de “aperto no peito”, perda de apetite e, conseqüentemente, 4kg. Em consulta hospitalar prévia, mediante exame de radiografia, constatou-se que o pulmão estava normal. Em busca de um especialista, Luz, médico responsável pelo caso, verificou que sua aparência era normal e não havia anormalidade. Sinais vitais normais e não tinha palidez que sugerisse anemia. Os exames de pulmões, coração, abdômen e membros inferiores eram normais, bem como o eletrocardiograma (ECG) de repouso. Luz, ao apalpar o pescoço, percebeu uma massa na face lateral esquerda. Em exames subsequentes, confirma-se o diagnóstico: tumor que comprimia a traqueia. Conforme evidenciado pelo médico, trata-se de clássico exame clínico completo em que não seria possível com a telemedicina, pois a simples inspeção virtual não daria pistas e a história clínica poderia sugerir várias outras possibilidades, tais como doença cardíaca, pulmonar, descompensação diabética, uremia ou anemia (Luz, 2019, p. 100).

A telemedicina define-se como exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDIC's), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde. Não resta dúvidas de que a novidade deva e possa ser empregada para promoção da saúde. Porém, sujeita-se também aos princípios ético-jurídicos do país em que são empregados (Cavet, 2019, p. 05).

Nessa seara, a ética se transfere para as funcionalidades das profissões como fundamentos diretores de vieses éticos e morais. O poder do *ethos* individual e social traduz-se como expressão de um conjunto de valores como dignidade, respeito, liberdade, individualidade, integridade, autonomia e solidariedade (Bilasová, 2012), princípios estes já evidenciados pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) através da Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos (2005) (Carlotto & Dinis, 2018). No âmbito da bioética ocorre uma integração de princípios fundamentais, sendo suas vertentes relacionadas essencialmente à autonomia, beneficência e justiça, de modo a formar a base e o suporte para o exercício da medicina.

Com a ascensão da telemedicina no Brasil, consequência de um intenso processo de globalização e principalmente da crise nos sistemas de saúde devido a pandemia do COVID-19, houve uma modificação nas tradicionais relações médico-paciente, resultando em implicações ético-legais cujo debate é premente para maximizar os resultados e regularizar a aplicação da eSaúde.

A partir deste marco teórico, propõe-se como problema de pesquisa o seguinte questionamento: o normativo brasileiro é capaz de lidar com as questões éticas de maior incidência na telemedicina? Para responder ao problema proposto, objetiva-se na primeira seção apresentar argumentos que impedem a instrumentalização da telemedicina como ferramenta destinada ao utilitarismo. Como fundamento, propõe-se 6 parâmetros fundamentais para a respectiva prática. Tais parâmetros tem como fundamento a ética da autenticidade individual com fundamento no social.

Posteriormente, apresenta-se três desafios éticos aplicáveis e encontrados comumente na Telemedicina. Tais desafios são analisados sob a ótica da Resolução n. 2.314/2022 e sob a ótica dos parâmetros propostos. Como resultado, apresenta-se preceitos de aplicação e propostas para efetivação e ou afastamento da prática. Ao final, conclui-se que o normativo brasileiro desenvolve de forma aparentemente eficaz os principais desafios éticos e normativos da telemedicina, propondo uma regulamentação suficiente, até o momento, mas o que não significa dispensar atualizações. Para atingir os resultados e as conclusões expostas, adota-se o método de pesquisa integrada com a técnica de pesquisa bibliográfica.

2. Da instrumentalidade e utilitarismo à satisfação do paciente: parâmetros de aplicação da telemedicina

Ernest Quintana, 78 anos, viveu com uma doença pulmonar obstrutiva crônica, uma doença pulmonar progressiva que torna difícil a respiração. Ela inclui enfisema e bronquite crônica. Pela terceira vez em 15 dias, em 3 de março de 2019 ele foi internado em um hospital Kaiser Permanente em Fremont, Califórnia. Ao seu lado estava sua filha, Catherine Quintana, de 54 anos, e sua esposa, na qual era casado por quase 60 anos. Enquanto esperavam os resultados de uma tomografia computadorizada, Catherine e sua mãe decidiram que iriam rapidamente em casa para tomar banho. Neste tempo de ausência, sua neta, Annalisia Wilharm, de 33 anos, ficou ao seu lado da cama (Jacobs, 2019; Andone & Moshtaghian, 2019).

Em um momento abrupto, uma máquina entrou em seu quarto e um médico apareceu através de um link de vídeo ao vivo. O prognóstico do profissional foi de que houve sérios danos aos pulmões do Sr. Quintana e, em suas palavras, “Infelizmente, não há nada que possamos tratar com muita eficácia”. A Sra. Wilharm filmou em seu celular para mais tarde compartilhar detalhes da conversa com sua família (Jacobs, 2019; Andone & Moshtaghian, 2019).

O médico sugeriu dar morfina ao Sr. Quintana, embora isso pudesse tornar a respiração ainda mais difícil. Quando surgiu a questão dos cuidados hospitalares, o médico compartilhou uma

visão sombria: “Eu não sei se ele vai voltar para casa”. Durante toda a conversa, o Sr. Quintana estava tendo problemas para ouvir o médico, vez que a máquina estava posicionada ao lado do ouvido surdo. Sua neta precisou repetir todas as informações passadas pelo médico. Dois dias depois, Ernest veio a falecer (Jacobs, 2019; Andone & Moshtaghian, 2019). Surge-se o primeiro questionamento: caso um paciente esteja próximo da morte, será mais ético informá-lo prontamente usando telemedicina ou esperar um período indeterminado para uma consulta de cabeceira? (Humbyrd, 2019)

Eficiência prezada à compaixão (Humbyrd, 2019). Surge-se o primeiro questionamento: caso um paciente esteja próximo da morte, será mais ético informá-lo prontamente usando telemedicina ou esperar um período indeterminado para uma consulta de cabeceira? (Humbyrd, 2019). Para Humyrd, em algumas situações, a entrega de notícias duras e de fim de vida via telemedicina (seja através de um intérprete, após consultas entre pares, ou através do atendimento direto ao paciente) seja apropriada.

A vida social, com mínimo de confiança e solidariedade que existe, não pode assumir posturas que consistem em violência e enganos irrestritos. A característica fundamental da vida humana é evocada em seu caráter fundamentalmente dialógico (Taylor, 2011, p. 42). Essa definição nos permite compreender a existência de comportamentos que tramitam na legalidade ou ilegalidade e criar parâmetros que nos ajudam a explicar e justificar aparentes condutas e exceções a serem praticadas em sociedade.

Se analisada sob esse contexto, a telemedicina não pode surgir como um recurso ou padrão nos quais outros bens éticos são julgados de forma radical, mas em sua grande parte tornar o que antes era ideal mediante uma reflexão revisionista. Em outros termos, o bem viver nos padrões éticos e morais pode ser compreendido como aquele que, de algum modo, combina no maior grau possível todos os bens que buscamos (Taylor, 1992, p. 94).

Dessa forma, a inovação não deve ser tratada como algo incomensurável ou mesmo como um fator cultural consequencial capaz de afastar princípios como autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça (Beauchamp & Childress, 1994) já então consagrados na bioética. O que há é uma necessidade de se ampliar a concepção segunda a qual toda avaliação é mera projeção de nossas reações subjetivas sobre um mundo neutro para romper com padrões tecnocráticos, burocráticos e essencialmente econômicos. Trata-se de uma experiência contrária ao preceito de uma sociedade moderna que nos empurra para um atomismo e instrumentalismo que tende a dificultar as determinações do próprio sujeito ferente às estimas econômicas. A sociedade tecnológica, nesses termos, se torna insustentável. Por essa razão que deve existir uma ética do bem-estar, tal como proposta por Floridi (2014), em que os impactos das tecnologias digitais

devem servir para o *bem* do ser humano inserido em uma sociedade informacional. Frisa-se: existir e servir para.

O questionamento central então se torna “qual é o padrão de cuidado”. O padrão de cuidado para qualquer encontro de telemedicina é o mesmo padrão de cuidado para o atendimento presencial atrelado àquela especialidade, profissão ou função. Um cardiologista, por exemplo, tem a responsabilidade ética, moral e prática para com o paciente de fornecer todos os componentes de um histórico e exame físico pertinentes à condição do paciente (Antoniotti, 2021). Porém, não apenas.

O modelo coordenado de cuidado, estudado desde a década de 1960 (McDonald, et.al., 2007) insere o paciente como membro da equipe capaz de decidir e assumir responsabilidades (Reynolds, 2009; Ito, 2020), cuja principal função é a redução da fragmentação das práticas de cuidado e o melhoramento dos serviços médicos fornecidos.¹ Sob essa perspectiva, a American Telemedicine Association (ATA, 2020) desenvolveu 9 princípios e parâmetros básicos de aplicação da telemedicina.

- (1) Assegurar a Escolha, Acesso e Satisfação do Paciente.
- (2) Aumentar a Autonomia do Provedor.
- (3) Expandir o reembolso para incentivar o atendimento virtual do século 21.
- (4) Permitir a prestação de serviços de saúde através das linhas estaduais.
- (5) Garantir o acesso a prestadores não-médicos.
- (6) Expandir o acesso para populações carentes e em situação de risco.
- (7) Apoiar os idosos e expandir o "Envelhecimento no Local".
- (8) Proteger a Privacidade do Paciente e Mitigar Riscos Cibernéticos de Segurança.
- (9) Garantir a integridade do programa.

Cada um desses padrões tem como finalidade seguir indicações da *World Health Organization* (WHO, 2016) para desenvolver uma relação em que os médicos sejam instruídos como profissionais capazes de engajar o paciente no tratamento. Dessa forma, promove-se

¹ “Studies conducted by Medicare in 2007 showed that most of the care coordination programs practiced by US healthcare institutions have not succeeded. They also found that those with success had a common characteristic that the relationship between the care coordinator and the patient went beyond the medical service. The coordinator understood the patients' needs and connected to him personally. The relationship between the coordinator and the patient was felt to be important because the treatment involved behavior change and choices that were under the control of the patient. At such an instance the coordinator acts as a counselor and, thereby, has fundamental importance for the patient's decisions. Other studies have similarly indicated that successful programs hinge on the long-term and trusting relationships built between the patient, the care team, and within the care team members” (Ito, 2020, p. 117).

efetivamente uma participação por meios tradicionais ou mesmo de outras maneiras encontradas pelo responsável do tratamento. Essa conexão tende a ser intrínseca e diminuir a distância entre o ser detentor do conhecimento e o recebedor, não alimentando essas engrenagens e reconhecendo a importância do paciente em um ambiente cultural médico. Como resultado, torna-se possível obter resultados favoráveis e suportes eficientes sob a perspectiva intersubjetiva.

Algumas estratégias de nível funcional, interativo e crítico devem ser utilizadas para implementar efetivamente a prática da telemedicina como instrumento centrado no paciente. Funcional limitando-se aos aspectos de leitura e escrita do médico responsável pelo procedimento. Interage-se, também, mediante técnicas de comunicação e habilidades sociais em que permitem compreender o contexto intersubjetivo do paciente em análise. Por fim, deve-se reconhecer a necessidade de informar e tomar decisões em momentos críticos tendo como fundamento a saúde do paciente (Nutbeam & Kickbusch, 1998).

Para Ito (2020), a telemedicina deve ser pautada, para além dos indicados, em uma relação de *compliance*, aderência e engajamento. A barreira existente no letramento digital não deve ser utilizada, a princípio, como fator impeditivo da implementação dessa técnica. As formas de comunicação baseadas em uma linguagem acessível devem ser necessariamente adotadas pelo médico com intuito de explicar e possibilitar o consentimento informado do paciente sem qualquer vício.²

Porém, outros questionamentos éticos e legais também podem afetar a telemedicina. Como inexitem fronteiras nas relações virtuais, a jurisdição estatal pode encontrar empecilhos em eventuais responsabilidades. A qualidade e o padrão de cuidados podem decair à medida que o médico não esteja presente, tal como no caso de Ernest³. O consentimento acima identificado pode não ser colhido da maneira adequada (Mars & Jack, 2010).⁴ A coleta e o tratamento de dados podem ser realizados de forma irregulares e, conseqüentemente, afetar a segurança de seu

² Ressalva-se que na impossibilidade de implantação dessas condições ou de algum mecanismo eficiente e adequado de coleta de consentimento a prática deverá ser afastada.

³ “The Institute of Medicine’s six aims for improving quality of healthcare are the provision of safe, effective, timely, efficient, equitable, and patient- centered care” (Mars, 2020, 302).

⁴ “For informed consent to be valid, the patient must understand what he or she is consenting to. To explain data transmission and its security before, during, and after transmission by videoconference, mobile phone network, the Web, email, or instant messaging requires the doctor to have a sound knowledge of what has to be explained and makes the assumption that the patient has also fully understood this when they provide the consent. The problem exacerbates when translators gain consent. Recent studies have shown that less commonly spoken languages have not kept up with technology and do not have words for many aspects of ICT— especially the medical terms and that patients do not necessarily understand the words translated into their first language or in English” (Mars, 2020, 302).

titular.⁵ Prescrições médicas virtuais também podem ser um problema para apresentação quando da compra de medicamentos.

Perceba-se que todas essas questões advêm de uma sociedade tecnológica que impõe uma hegemonia profunda em sua razão de natureza instrumental. É ético negar a um paciente uma consulta de telemedicina com um especialista quando ele está virtualmente disponível? A falta de compreensão da tecnologia a ser utilizada pode invalidar o consentimento? É ético sujeitar o paciente ao atendimento por um médico local menos qualificado ou relativamente menos experiente (se comparado ao médico praticante de telemedicina)? Um paciente em um lugar remoto ou em áreas isoladas deve deslocar longas distâncias em condições adversas e a um custo significativo para si mesmo ou para o contribuinte, por causa de preocupações éticas? (Mars, 2020).

Entende-se que a telemedicina deve atender aos seguintes parâmetros:

- (1) Ser contra a fragmentação: o método de atendimento deve ser articulado e acompanhado. Não se deve abolir a continuidade. O desafio é combinar maneiras de implementar o acompanhamento. Tal como o médico não está 100% disponível em momentos de necessidade no ambiente físico, o telemédico também pode não estar. Porém, ao mesmo tempo, inexistem limitações de fronteiras físicas, possibilitando uma aproximação mais adequada quando envolver uma devastação da saúde do paciente.
- (2) Digressão histórica: deve-se assumir as limitações da prática e envolver o paciente exclusivamente no contato físico quando assim o for necessário. Nem todas as práticas podem ser virtualizadas e, por essa razão, o médico responsável deverá prezar pelo atendimento centrado no paciente e inseri-lo na relação decisória.
- (3) Evitar escorregar para o subjetivismo: a ciência médica, tal como toda ciência, deve prezar pela objetividade. Porém, a objetividade médica encontra limites na beneficência e no contato humano. A negativa da exacerbada subjetividade é a negativa de qualquer conduta narcisista que permite o médico, em seu amplo ramo de atuação, individualizar suas escolhas e negar a sensibilidade em momentos de supressão do sujeito. Pretende-se romper com o niilismo e desenvolver um ideal de autenticidade do próprio sujeito. Contudo, não se deve também

⁵ “The words confidentiality and privacy are often used incorrectly. Confidentiality refers to personal information about a patient that cannot be divulged by a physician without the patient’s consent. Privacy refers to the right to control access to oneself. It includes physical privacy and privacy of electronic data. Privacy of electronic data entails ensuring data security, including encryption, during its acquisition, transfer, and storage, and control of who has access to the information. Access to data can be assigned and controlled using different levels of authentication including passwords, onetime pins, and biometric identification. Breach of physical privacy and confidentiality is possible when third parties, such as technicians, are present during VC consultations” (Mars, 2020, p. 302).

deixar de lado o desconhecimento do paciente sobre as práticas de telemedicina que poderão ser complexas. Seu desejo deve ser levado em consideração para construir um arranjo naturalmente estratificado. Mas essa estratificação não pode se tornar elemento basilar de castas autoritárias.

- (4) Prudência: o diagnóstico e a avaliação médica devem ser prudentes do início ao fim. Dessa forma evita-se possíveis erros na prescrição médica ao estabelecer uma relação direta entre o paciente e as necessidades visualizadas no curso do atendimento virtual.
- (5) Esclarecimento e detalhamento: Conforme Antoniotti (2021), quando de outra forma se espera que o médico obtenha o consentimento livre e esclarecido, adapte o processo de consentimento livre e esclarecido para fornecer informações que os pacientes (ou seus substitutos) precisam sobre as características distintivas da tele saúde/telemedicina, além de informações sobre questões médicas e opções de tratamento. Os pacientes e substitutos devem ter um entendimento básico de como as tecnologias de telemedicina serão usadas no atendimento, as limitações dessas tecnologias, as credenciais dos profissionais de saúde envolvidos, e o que será esperado dos pacientes para o uso dessas tecnologias.
- (6) Compreensão na transmissão da informação. Antoniotti (2021) prescreve que, como em qualquer interação médico-paciente, tomar medidas para promover a continuidade dos cuidados, considerando como a informação pode ser preservada e acessível para futuros episódios de cuidados de acordo com as preferências dos pacientes (ou as decisões de seus substitutos) e como o acompanhamento pode ser fornecido quando necessário. Os médicos devem assegurar-se de como a informação será transmitida ao médico de atendimento primário do paciente quando este tiver um médico de atendimento primário e a outros médicos que atualmente cuidam do paciente.

Verifica-se que para além dos princípios básicos da bioética tradicional, a telemedicina exige constante apoio e aperfeiçoamento das tecnologias utilizadas em sua prática. Dessa forma, padrões clínicos e técnicos devem ser constantemente desenvolvidos e aprimorados para permitir que o paciente usufrua do serviço com segurança e qualidade. Esses resultados somente podem ser obtidos mediante monitoramento constante do cenário objetivando identificar as necessidades e sanar as consequências e desafios advindos das práticas. Reconhece-se a sociedade deve evoluir e, dessa evolução, pode-se incentivar seu uso. Uso esse focado em uma relação intersocial e não apenas atomística e reduzida no individualismo ou mesmo no niilismo.

Diante o exposto, parte-se para um detalhamento ético sobre os questionamentos elencados utilizando como referencial teórico a recente Resolução n. 2314, de 05 de maio de 2022, publicada pelo Conselho Federal de Medicina Brasileiro.

3. Desafios éticos da telemedicina: preceitos de aplicação e propostas para efetivação e ou afastamento da prática

Em suma, analogicamente à medicina tradicional, o uso de plataformas digitais não mitiga ou isenta a incidência de responsabilidade. Conforme Kallás (2021), quando o médico assume um paciente atribui-se a ele uma função de garante. Em outros termos, existem disposições éticas e normativas que regulamentam o tratamento do paciente independentemente do meio utilizado e da forma adotada. Assim, seja uma consulta médica ou um tratamento de maior complexidade, existe a responsabilidade médica sob suas ações e condutas perante seu paciente. O fato de esse procurar aquele para tratar diagnóstico e tratar sua condição, ainda que seja por teleconsulta, não reduz a força do vínculo jurídico existente entre os contraentes. Portanto, o médico continua em sua posição de garante e passa a responder pelo resultado lesivo, na medida de sua culpabilidade (Kallás, 2021).

Neste sentido, Kaplan (2020), Stovel et al. (2020) e Fields (2020) apontam que os principais questionamentos são direcionados ao consentimento informado, à formação do médico para exercício da atividade de telemedicina, à falta de humanização no exercício profissional, ao letramento digital e acesso à rede mundial de computadores⁶.

A Resolução n. 2314, de 05 de maio de 2022, publicada pelo Conselho Federal de Medicina Brasileiro tende a abordar a maior parte das temáticas em seu bojo normativo. Para tanto, tentar-se-á identificar as formas e maneiras de articulação desses questionamentos no início, na execução e no término (pós) contratual.

Preceito I: A telemedicina como ato complementar (art. 6º, §1º)

Contexto I: A Resolução em análise dispõe de forma expressa que a telemedicina não substitui o atendimento presencial.

Fundamento I: Assim, a telemedicina somente deve ser utilizada como fator de favorecimento à relação médico paciente.

Princípios bioéticos pretendidos: não-maleficência, beneficência.

⁶ “Currently, according to the literature herein reviewed, the ethical and legal issues related to the practice of telehealth or telemedicine services still need standard and specific rules of application in order to guarantee equitable access, quality of care, sustainable costs, professional liability and respect of patient privacy, and data protection and confidentiality. In fact, telemedicine services could be used only as complementary or supplementary to the traditional healthcare services and not as a complete substitute” (Solimini, et al., 2021, p. 57).

Situação Hipotética I.I: Caso o paciente informe ao médico seu desejo de ser atendido via telemedicina, deverá o médico acatar o pleito?

Proposta I.I: O médico não está obrigado a acatar o pleito. Conforme disposição do art. 4º da Resolução n. 2314, o médico possui autonomia⁷ de decidir se utiliza ou recusa a telemedicina. Tal autonomia, nos termos do §1º do referido normativo, está limitada aos princípios da beneficência e à não-maleficência do paciente.

Deve-se observar que o grau de liberdade do paciente não é zero. Não está ele adstrito apenas à uma análise centrada na decisão do médico que pode ou não ser acertada. O padrão de verificação é justamente a condição de a decisão ser fidedigna ao tratamento do paciente e que não lhe cause prejuízos. Quando médico identificar que existem questões que somente podem ser diagnosticadas presencialmente, tal como a demência (Johnson & Karlawish, 2015), a telemedicina deve ser suspensa e a medicina presencial-tradicional deverá retornar como padrão ouro (art. 4º, §3º, da referida resolução).

Conforme mencionado, deve-se evitar a fragmentação do atendimento. Porém, o método de atendimento deve ser articulado e acompanhado. Não se deve abolir a continuidade, mas reconhecer limitações de fronteiras físicas para possibilitar uma aproximação mais adequada quando envolver uma devastação da saúde do paciente.

Como a consulta médica consiste em uma tríade representada em anamnese, exame físico e exame complementar, a teleconsulta inviabiliza o exame físico e representa uma metodologia incompleta, que pode ocasionar falhas decorrentes da impossibilidade de proceder com rigor técnico científico os diagnósticos (Kallás, 2021, p. 58).

Com essa postura, pretende-se evitar uma grande propensão à não humanização, tornando o vínculo entre o médico e o paciente deficiente. Esse fato pode ainda ser intensificado pelo ceticismo da maioria dos pacientes, ainda adeptos aos moldes tradicionais e receosos com a modernização dos meios de cuidado, o que dificulta a formação de laços de confiança virtualmente, já que essa credibilidade pressupõe contato pessoal.

Portanto, tendo em vista essa incompletude metodológica, a chance de realização de prognósticos imprecisos⁸ é um risco alto a se correr, convergindo com os pilares éticos da profissão: zelo e dever cuidado, respeitando-se a digressão histórica.

⁷ Tal como no Código de Deontologia Médica de Portugal.

⁸ Na perspectiva de aumentar o contato e trazer mais segurança para os diagnósticos e aconselhamentos, os Estados Unidos da América se sobressaiu por implantar no sistema virtual de saúde a necessidade de consulta presencial prévia à indicação do atendimento em âmbito digital. Apesar de não ser um perfeito ideal, essa imposição é clarividente no que se refere aos cuidados primários, uma vez

Porém, quando a especialidade do médico permitir e dispensar toques físicos, constata-se que inexistem impedimentos para configuração da tríade e conclusão do diagnóstico. Nessas situações pode-se adotar a telemedicina sem possíveis prejuízos iniciais ao paciente.

Perceba-se que as situações exemplificadas partem de um contexto em que o médico já está em contato com o paciente e tem dificuldades em diagnosticá-lo em razão do modo adotado pela consulta/tratamento. Acredita-se que caso a triagem seja feita e não seja diagnosticado qualquer tipo de impedimento ético ou legal para com o atendimento via telemedicina, essa poderá ser adotada pelo médico desde o início. Porém, caso se depare com alguma situação acima exemplificada, deverá ele suspender o atendimento.

Situação hipotética I.II: Caso o médico não possa realizar o atendimento presencial, mas apenas virtual, poderá ele recusar a demanda em caso de emergência?

Proposta I.II: Tendo em vista o princípio da beneficência pretendido nessa situação, ainda que o médico prefira receber seu paciente presencialmente, em caso de emergência a prática de telemedicina assume uma postura de obrigatoriedade. O paciente pode não ter tempo suficiente para se deslocar do local onde se encontra até o local onde o médico realiza seus atendimentos. Portanto, prezando pelo bem-estar e pela vida do paciente deverá ele adotar excepcionalmente e naquele momento, a telemedicina como recurso indispensável ao diagnóstico do paciente.

Em outros termos, diante da potencialização de acessibilidade pelas teleconsultas, os pacientes já não necessitam mais ter um dispêndio de recursos econômicos e de maior disponibilidade para locomoção ao presencial, o que conseqüentemente abranda a superlotação dos sistemas e facilita o atendimento. No mais, a telemedicina também pode mitigar parte a discriminação por regiões ao abranger os mais diversos espaços geográficos, demonstrando-se como importante fator de efetivação do direito à saúde. Mas existe outro desafio de ordem ética e social neste ponto.

Preceito II: O letramento informacional como indispensável à prática de telemedicina

Contexto II: A Resolução n. 2314, de 05 de maio de 2022 estabelece em seu art. 15 a exigência de consentimento livre, esclarecido e informado para a prática de telemedicina.

Princípios bioéticos pretendidos: autonomia, não-maleficência, beneficência.

Situação hipotética II.I: Como o médico deve transmitir ao paciente a informação sobre a realização da telemedicina?

que assegura os pacientes sobre o profissional que se encarregará de seu estado e permite a realização de exames iniciais palpáveis, reduzindo os riscos de falhas médicas.

Proposta II.I: O médico deve transmitir a informação de modo que o paciente entenda a compreensão no recebimento da informação. Conforme art. 15, parágrafo único da resolução em análise, “em todo atendimento por telemedicina deve ser assegurado consentimento explícito, no qual o paciente ou seu representante legal deve estar consciente de que suas informações pessoais podem ser compartilhadas e sobre o seu direito de negar permissão para isso, salvo em situação de emergência médica”.

Dessa situação extraem dois problemas: um de ordem econômica e social, referente ao acesso à internet; e o outro de ordem social, pessoal e subjetiva, relativa à compreensão do que é *telemedicina*, especificamente ao letramento informacional.

Em relação ao primeiro problema, embora a eSaúde ofereça maior acessibilidade geográfica, como já pontuado, o cenário brasileiro ainda é demarcado por desigualdades sociais. Conforme dados divulgados pelo IBGE em 2022 (Brasil, 2022), constatou-se que 90,0% dos domicílios brasileiros se encontram conectados à internet. Contudo, ainda que seja uma quantidade majoritária, não é possível aplicar generalizações, visto que o Brasil tem uma população estimada em mais de 215 milhões de pessoas.⁹ Logo, o percentual remanescente de 10,0% reflete à um extenso grupo que ainda é acometido pela exclusão digital em áreas urbanas e rurais¹⁰.

À vista desse fator, a implementação da telemedicina exige no bojo de sua regulamentação a concretização do letramento digital¹¹, de modo a oportunizar a todos um tratamento justo e isonômico, principalmente quando se trata de um território com múltiplas diversidades e com sistemas de saúde pública. No contexto em que diferentes atores podem gerar e receber informação, com motivações e vivências distintas, através de variados e céleres meios de comunicação, os confrontos de verdades são cada vez mais frequentes. Assim, a autonomia do

⁹ Situação mais agravada é encontrada na Índia. “India is a large nation with a population of more than 121 crores of sundry people. Due to this fact, the equitable distribution of healthcare services has proven to be a major goal in public health management time and again. Adding to this is the recent trend of concentration of healthcare facilities to the cities and towns (including 75% of the population of doctors), away from rural India, where 68.84% of the national population live” (Chellaiyan, Nirupama & Taneja, 2019, p. 2).

¹⁰ “Beyond telemedicine’s direct effect on processes of care in rural hospitals, telemedicine also affects the relationship between the hospital and the community. We documented rural hospital staff’s perceptions of benefits to the community following adoption of telemedicine services at rural hospitals. Telemedicine has the potential to improve rural hospitals’ reputation, reduce patient bypass, and strengthen local hospitals as a resource for patient-centered care” (Potter, et al., 2016, p. 1). “Telemedicine would permit patients in rural, underserved areas access to orthopaedic care otherwise difficult to attain” (Humbyrd, 2019) (GRUCA, et al., 2021).

¹¹ “Information literacy is the set of integrated abilities encompassing the reflective discovery of information, the understanding of how information is produced and valued, and the use of information in creating new knowledge and participating ethically in communities of learning” (ALA, 2015).

médico deve restringida considerando a realidade pessoal de cada assistido, a fim de que o acesso à saúde não se torne um privilégio.

Não basta, portanto, inserir as informações em um TCLE, mas deve o médico assegurar que o paciente realmente compreendeu o aspecto semântico e o contexto em que ele será inserido. A compreensão na transmissão informacional não é apenas um parâmetro de ordem objetiva aplicável entre os médicos cujo interesse persiste na transferência de dados. Aceitar essa premissa seria romantizar a falsa articulação em que o paciente deve ser o foco central no atendimento não presencial. Portanto, de forma alguma deve-se relegar a sensibilidade do paciente e ao médico compete se relacionar conforme ser humano; respeitando-se a linguagem em seu teor sintático (simples pronúncia inteligível de palavras) e em seu teor semântico (compreensão do teor textual pronunciado). É essa linguagem em seu aspecto semântico que finca a sensibilidade pessoal do paciente e que ressoa seu consentimento livre, esclarecido e informado para iniciar, continuar ou interromper o tratamento via telemedicina.

Diante o exposto, não deverá o médico proceder ao atendimento virtual quando o paciente estiver impossibilitado de manifestar sua vontade sob pena de violação do art. 15 do normativo em análise e sob pena de configuração de um individualismo da racionalidade desengajada. Em outros termos, a autorresponsabilidade do médico sobre si mesmo e sobre o paciente não pode tornar a pessoa sob seus cuidados como una e anterior às suas obrigações legais, ética, morais e sociais.

Mesmo diante desse cenário, supondo-se a assertividade do paciente, ainda persiste ao médico questões de ordem legal e médica quanto à segurança informacional dos dados de anamnese e propedêuticos (em suma, dados pessoais e clínicos do paciente).

Preceito III: Segurança informacional

Contexto III: A Resolução n. 2314, de 05 de maio de 2022 estabelece em seu art. 3º a necessária proteção dos dados pessoais obtidos no curso da telemedicina.

Princípios bioéticos pretendidos: autonomia, não-maleficência, beneficência.

Situação hipotética III.I: Como o médico responsável pelo atendimento deve proceder mediante solicitação do paciente em relação ao acesso do prontuário médico?

Proposta: Primeiramente, o próprio normativo determina que o atendimento por telemedicina deve ser realizado e registrado em prontuário médico físico ou eletrônico do paciente. Neste último caso, em Sistema de Registro Eletrônico em Saúde. O dever de sigilo nas relações éticas mantém-se íntegro e sem quaisquer alterações. Deverá o responsável adotar medidas de cunho prático e de segurança eletrônica para evitar incidentes quanto aos dados sob sua guarda. Neste ponto, deve-se respeitar a Legislação de Proteção de Dados pessoais e, em caso

de contratação de serviços terceirizados mediante tomadora de serviços, a responsabilidade será contratualmente compartilhada entre o médico e a contratada (art. 3º, §4º)

Quando o paciente proceder com a solicitação, deverá o médico possibilitar o acesso aos dados de forma irrestrita ao seu titular. Portanto, a solicitação deve ser prontamente aceita em observância ao livre acesso; princípio esse consagrado no art. 6º da LGPD. Contudo, não basta que os dados estejam criptografados ou de forma ininteligível. Deverá o médico, por força normativa do art. 9º e do art. 18, II, ambos da LGPD, facilitar o acesso às informações sobre o tratamento de dados de forma clara, adequada e ostensiva.

Portanto, a resolução não aborda apenas o dever ético e legal de sigilo profissional, mas também sua obrigatoriedade quanto ao acesso do prontuário eletrônico ou físico da mesma forma que se realizada pela medicina tradicional/presencial.

Ressalta-se que, conforme declaração da WMA (*World Medical Association*), que dispõe sobre princípios éticos da telemedicina, para que o consentimento informado do paciente seja colhido de forma adequada, deverá o médico, por determinação ética e legal, explicar as possibilidades de falhas tecnológicas, incluindo violações do sigilo dos dados mediante incidentes de segurança. Como a resolução em análise toma como fundamento e referencial teórico, entende-se que a declaração da WMA foi adotada de forma implícita e, por esse motivo, seus preceitos também devem ser seguidos de forma complementar.

4. Considerações finais

Em primeira análise, há de ser reconhecido que a adaptação da profissão médica por meio da utilização de meios digitais proporcionou otimizações nos setores da saúde, dando ênfase à redução de distâncias e aperfeiçoando o atendimento.

No entanto, apesar de apresentar benefícios expressivos, é necessário reconhecer a ausência de regulamentação do uso de tecnologias para finalidades médicas, fato que reflete em desafios éticos a serem enfrentados.

Primeiramente, considerando a lógica do contexto digital e das consultas, quando os exames físicos são necessários, mas obstados, opõe-se ao Código de Ética Médica, o qual possui em seu texto a exigência de realização de exames diretos e presenciais. Dessa forma, deve-se afastar a prática sob pena de violação dos princípios bioéticos da beneficência e não-maleficência. Noutra vertente, considerando que a telemedicina possui a especialidade de atender diversos espaços

geográficos e deve atender o bem-estar do paciente, sua aplicação em situações e emergência se tornaria obrigatória, prezando excepcionalmente pela vida do paciente.

Em relação aos padrões éticos, morais e práticos, assume-se os mesmos aplicados à medicina tradicional. Contudo, propôs-se seis parâmetros aplicáveis especificamente à telemedicina. Deverá ela ser contra a fragmentação. Assim, o método de atendimento deve ser articulado e acompanhado. Deve-se realizar digressão histórica, objetivando assumir as limitações da prática e envolver o paciente exclusivamente no contato físico quando assim o for necessário. No mais, deve-se evitar o subjetivismo, pois a ciência médica, tal como toda ciência, deve prezar pela objetividade. Preza-se pela prudência. Assim, o diagnóstico e a avaliação médica devem ser prudentes do início ao fim. Toda conduta deve ser esclarecida e detalhada para que o paciente consiga compreender a informação transmitida. Em outros termos, não basta a compreensão sintática, mas também semântica. Dessa forma, o paciente deve externar sua vontade e exprimir seu aceite de forma clara e inequívoca sobre todo o procedimento da telemedicina.

No mais, alguns preceitos éticos foram desenvolvidos. O primeiro é assumir a telemedicina como ato complementar. Dessa forma, caso o paciente informe ao médico seu desejo de ser atendido via telemedicina, o médico não está obrigado a acatar o pleito, por força do art. 6º, §1º da Resolução em análise.

Como segundo preceito, assume-se o letramento informacional do paciente e do médico como indispensável à prática de telemedicina. O médico responsável pelo procedimento possui como responsabilidade prática a atenção ao contexto intersubjetivo que o paciente está inserido, como zelo por uma assistência justa e isonômica. Não se trata, conforme dito, de compreensão sintática, mas semântica de todo o contexto inserido.

Por fim, o terceiro preceito fundamenta-se na segurança informacional. O próprio normativo do CFM determina que o atendimento por telemedicina deve ser realizado e registrado em prontuário médico físico ou eletrônico do paciente. Neste último caso, em Sistema de Registro Eletrônico em Saúde. O dever de sigilo nas relações éticas mantém-se íntegro e sem quaisquer alterações. Deverá o responsável adotar medidas de cunho prático e de segurança eletrônica para evitar incidentes quanto aos dados sob sua guarda. Neste ponto, deve-se respeitar a Legislação de Proteção de Dados pessoais e, em caso de contratação de serviços terceirizados mediante tomadora de serviços, a responsabilidade será contratualmente compartilhada entre o médico e a contratada (art. 3º, §4º).

Ressalta-se o dever de sigilo aos prontuários eletrônicos e físicos. Esses devem ser mantidos seguros e inacessíveis em relação a terceiros não autorizados, possuindo o titular o direito de livre

acesso conforme preceituado pela LGPD. Todas as informações inseridas devem ser objetivas e não codificadas tecnicamente, propiciando um fácil entendimento.

Diante o exposto, conclui-se que a normatização deficiente sobre telessáude ocasiona transtornos jurídicos e bioéticos, convergindo valores e princípios que pressupõem constância e integração na relação médico-paciente.

Referências

- ◆ ALA. (2015). Association of College and Research Library (EUA). *Framework for information literacy for higher education*. Chicago: ALA.
- ◆ Andone, Dakin y Moshtaghian, Artemis. (2019). *A doctor in California appeared via video link to tell a patient he was going to die. The man's family is upset*. CNN. <https://edition.cnn.com/2019/03/10/health/patient-dies-robot-doctor/index.html>
- ◆ Antoniotti, N. M. (2021). Standards and Guidelines in Telehealth: Creating a Compliance and Evidence-Based Telehealth Practice. In *Telemedicine, Telehealth and Telepresence* (pp. 97-113). Springer, Cham.
- ◆ Beauchamp, C. (1994). Beauchamp TL, Childress JF *Principles of biomedical ethics*.
- ◆ Bilasová, V. (2012). On the Role of Moral Theory in (Bio)Ethics Education. *Ethics & Bioethics (in Central Europe)*, 2, 9-15.
- ◆ Brasil. (2022). *Projeções estimativas da população do Brasil e Unidades da Federação*. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock> Acesso em 18 de set. 2022
- ◆ Carlotto, I. N., & Dinis, M. A. P. (2018). *Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) na Promoção da Saúde: Considerações Bioéticas: Information and Communication Technologies (ICTs) in the health promotion: Bioethics considerations*. Saber & Educar, (25), 1-10.
- ◆ Chellaiyan, V. G., Nirupama, A. Y., & Taneja, N. (2019). Telemedicine in India: Where do we stand? *Journal of family medicine and primary care*, 8(6), 1872.
- ◆ Fields, B. G. (2020). Regulatory, legal, and ethical considerations of telemedicine. *Sleep Medicine Clinics*, 15(3), 409-416.
- ◆ Floridi, L. (2014). *The Fourth Revolution*. Oxford: Oxford University Press.
- ◆ Gruca, T. S., Nelson, G. C., & Shultz, C. (2021). Trends in Rural Outreach by Orthopedic Surgeons. *The Iowa Orthopaedic Journal*, 41(1), 25.
- ◆ Humbyrd C. J. (2019). Virtue Ethics in a Value-driven World: Ethical Telemedicine. *Clinical orthopaedics and related research*, 477(12), 2639–2641. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000908>.

- ◆ Ito, Márcia. (2020). Patient-centered care. Gogia, Shashi (ed.). *Fundamentals of Telemedicine and Telehealth*. London: Elsevier.
- ◆ Jacobs, Julia. (2019). *Doctor on Video Screen Told a Man He Was Near Death, Leaving Relatives Aghast*. The New York Times. <https://www.nytimes.com/2019/03/09/science/telemedicine-ethical-issues.html>.
- ◆ Johnson, R. A., & Karlawish, J. (2015). A review of ethical issues in dementia. *International psychogeriatrics*, 27(10), 1635-1647.
- ◆ Kaplan, B. (2020). Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: telehealth/telemedicine and COVID-19. *International Journal of medical Informatics*, 143, 104239.
- ◆ Luz, P. L. D. (2019). Telemedicina e a relação médico-paciente. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113, 100-102.
- ◆ Mars, M. (2020). Medicolegal, ethical, and regulatory guidelines pertaining to telehealth. In *Fundamentals of telemedicine and telehealth* (pp. 297-303). Academic Press.
- ◆ Mars, M., & Jack, C. (2010). Why is telemedicine a challenge to the regulators? *South African Journal of Bioethics and Law*, 3(2), 55-58.
- ◆ McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., ... & Owens, D. K. (2007). *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies* (Vol. 7: Care Coordination).
- ◆ Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
- ◆ Potter, A. J., Natafagi, N., Ullrich, F., & MacKinney, A. C. (2016). *Perceptions of the benefits of telemedicine in rural communities. Perspectives in Health Information Management*, 1.
- ◆ Reynolds, A. (2009). Patient-centered care. *Radiologic technology*, 81(2), 133-147.
- ◆ Solimini, R., Busardò, F. P., Gibelli, F., Sirignano, A., & Ricci, G. (2021). Ethical and Legal Challenges of Telemedicine in the Era of the COVID-19 Pandemic. *Medicina*, 57(12), 1314.
- ◆ Stovel, R. G., Gabarin, N., Cavalcanti, R. B., & Abrams, H. (2020). Curricular needs for training telemedicine physicians: a scoping review. *Medical teacher*, 42(11), 1234-1242.
- ◆ Taylor, Charles. (2011). *A ética da autenticidade*. São Paulo: É Realizações.
- ◆ _____ (1992). *Sources of the self: The making of the modern identity*. Harvard University Press.
- ◆ World Health Organization. (2016). *Patient engagement: technical series on safer Primary Care*.

Fecha de recepción: 16 de octubre de 2022

Fecha de aceptación: 30 de noviembre de 2022

Fecha de publicación: 14 de febrero de 2023