

# Posicionamento Oficial sobre o parecer 131045 do CREMESP

Documento em parceria:



**ANCP**  
ACADEMIA NACIONAL DE  
CUIDADOS PALIATIVOS



**AMIB**  
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA  
INTENSIVA BRASILEIRA

Apoio:



SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE PSICO-ONCOLOGIA



## Posicionamento Oficial sobre o parecer 131045 do CREMESP

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), na figura de seus diretores, em parceria com sua seccional Estadual de São Paulo e com o apoio técnico dos Comitês de Bioética e Terapia Intensiva, a Diretoria da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e com apoio da Diretoria da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO), emite posicionamento a respeito do parecer do Conselho Regional de Medicina (CREMESP) que discorre sobre as videochamadas para pacientes sedados, em coma ou em salas de emergência (vide itens abaixo).

No dia 11/03/2021, o CREMESP votou em sua plenária o parecer 131045 que foi solicitado por um médico com dúvidas referentes a exposição, em videochamada, de pacientes intubados, sedados, em coma e em outras unidades de internação. No pedido, não foi explicitado o tipo de videochamada, se para principal cuidador, se com autorização do mesmo, se para familiares ou se com ou não registro de imagens.

Abaixo os 3 itens do parecer do CREMESP:

1- Pacientes sedados ou em coma, entendemos ser absolutamente proibida a sua exposição, já que o consentimento deve ser um ato volitivo impossível de ser realizado nestas condições e, além disso, não seria possível a alegada interação com os familiares.

2- Pacientes em sala de emergência e UTI já estão devidamente abordados no Parecer CFM nº 05/2016 e Consulta CREMESP nº 18.692/2016, sendo vedadas as filmagens ou fotos, nestas situações.

3- Nas demais hipóteses, com possibilidade de interação dos pacientes, entendemos que seria compreensível e possível este contato remoto, desde que autorizado pelo paciente e em intervalo de horários predeterminados, como ocorrem em horário de visitas, o contato, respeitada a privacidade dos demais pacientes, sobrepesando dificuldades operacionais como não gerar um fator a prejudicar as rotinas dos serviços.

Fonte: [www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br)

A análise da decisão exige contextualização no momento vivido por todos e das consequências de seu não cumprimento.

### Contexto atual

Em movimento que precede a pandemia de COVID-19, as Unidades de Terapia Intensiva no Brasil têm avançado na direção do reconhecimento da importância de que o cuidado crítico seja centrado no paciente e por consequência também nos familiares. O exemplo mais emblemático da construção dessa maior parceria entre profissionais, pacientes e familiares vinha sendo a ampliação das visitas de familiares a seus enfermos, com



muitos hospitais adotando a possibilidade de visitas estendidas em regime de 24 horas. O grande encorajamento à adoção de políticas de facilitação do acesso dos familiares às UTIs decorre da documentação de uma série de benefícios colhidos, tais como redução de conflitos, melhores desfechos clínicos dos pacientes (mesmo os sedados), maior satisfação dos usuários e redução do impacto na saúde mental de familiares, em especial daqueles que se deparam com a morte de seu ente querido. A pandemia de COVID-19, no entanto, apresentou um novo desafio a esse movimento.

Além de todas as consequências sanitárias, a pandemia agravou o sofrimento característico da experiência da doença crítica ao agregar o sofrimento gerado pelo distanciamento compulsório entre os pacientes e seus familiares. Assistiu-se a frequentes relatos de familiares traumatizados por não poderem se despedir de seus enfermos. O impacto negativo desse afastamento no bem estar e saúde mental de pacientes e familiares foi rapidamente reconhecido por instituições de saúde e sociedades científicas de todo o mundo e uma série de recomendações foram publicadas sobre como utilizar visitas virtuais com os propósitos de mitigar o sofrimento exacerbado pelo afastamento compulsório e de preservar a centralidade do cuidado no paciente e sua família. Medidas de boa prática na condução de visitas virtuais com o objetivo de salvaguardar a confidencialidade do paciente e preservá-lo de exposições indevidas em redes sociais receberam destaque em muitas dessas recomendações. No Brasil, as iniciativas publicadas foram utilizadas em protocolos institucionais, de associações médicas e até de Conselhos Regionais de Medicina. Documento aprovado pelo CREMEC em 27 de abril de 2020, com apoio da sua Câmara Técnica de Cuidados Paliativos, cita, dentre outras recomendações, que: *“Equipes de comunicação constituídas de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos devem ser prioridade nesse contexto de poucas comunicações presenciais, através de boletins por meio virtual (telefone, vídeo chamadas e videoconferências). Nestas, os melhores comunicadores devem estar inseridos, para minimizar ruídos de comunicação.”*

Destaca-se mais uma vez que as limitações as visitas virtuais a que o parecer faz referência, afeta-pessoas internadas em unidade de terapia intensiva, muitas das quais irão falecer em dias, semanas ou meses após a chegada ao hospital. Frente às rígidas restrições de acompanhantes impostas pela pandemia, o contato virtual é a única forma de pacientes estarem na presença de seus entes queridos e, desses lidarem com a angústia e possibilidade de nunca mais virem o enfermo, nem mesmo no ritual de funeral. A boa prática de cuidados paliativos, no melhor espírito do cuidado centrado no paciente, contempla a assistência aos familiares que sofrem pela perda de um ou mais entes queridos e que entrarão em um processo de luto. Por causa da pandemia, nos deparamos com toda uma geração de enlutados que está sob risco de desenvolver o luto complicado. A possibilidade de que medidas demasiadamente restritivas ao acesso do familiar a seu enfermo possa contribuir com essa situação deve ser fonte de grande preocupação e consternação a profissionais de saúde. A busca por alternativas éticas, portanto, deve fazer parte de nosso trabalho ao longo da pandemia.

O parecer n. 131.045/20 CREMESP, embora corretamente preocupado com a proteção da confidencialidade e autonomia do paciente, tem como consequência indesejada, sob

o olhar dos especialistas que assinam o presente documento, informar para a sociedade paulista que, pacientes sedados, em coma, em sala de emergência ou UTI só terão chances de contato com seus familiares se sobreviverem (e com boa cognição) de maneira a poder consentir expressamente com o contato virtual. E, no caso específico de pacientes com Covid-19, cujas taxas de mortalidade permanecem elevadas, o parecer expõe um número expressivo de familiares ao prospecto de não poder se despedir de seus enfermos.

Assim, é importante fazer alguns apontamentos sobre o parecer:

- 1- Pessoas em coma se beneficiam clinicamente de estímulo externo, e possuem percepção que não pode ser ignorada. Blundon et al, 2020, demonstraram a presença da audição em pessoas inconscientes em fim de vida.
- 2- Antes da pandemia, pessoas intubadas e/ou sedadas recebiam visitas diárias eticamente aceitas e garantidas por lei, e plenamente entendidas como manifestação do afeto;
- 3- Não é um costume da população brasileira a manifestação expressa sobre desejo de receber ou não visitas na UTI caso estejam em coma ou intubadas. Da mesma forma, não se pode esperar que o façam quando a visita seja virtual;
- 4- Não se pode considerar violação do direito de imagem e do sigilo médico, a permissão para que uma esposa veja e fale com seu marido, ou que uma mãe consiga conversar e ver seu filho por meio de vídeo, desde que adotados os protocolos de segurança digital e que aquele contato seja realmente particular entre os presentes;
- 5- É imprescindível que a equipe de saúde informe os familiares a respeito das implicações ético-legais de uma inadequada exposição de pacientes em redes sociais;
- 6- É imprescindível, ainda que a equipe de saúde e a instituição hospitalar saiba as implicações ético-legais de uma inadequada exposição de pacientes em redes sociais;
- 7- A dignidade humana não deixa de existir quando uma pessoa está em coma. A visita virtual é uma forma de resgate desta dignidade, ameaçada pela imposição do isolamento naquele que se encontra em processo ativo de morte ou severamente enfermo;
- 8- Neste contexto, o impedimento do uso da tecnologia nos parece uma restrição de um benefício já aceito em diversos outros cenários de atendimento à saúde.
- 9- A organização de um encontro seguro entre paciente e familiar é um procedimento a ser executado pela equipe de saúde tão importante quanto outros procedimentos classicamente aceitos pelo conselho de classe que nos representa. Muitas instituições organizam comitês de comunicação, protocolos sobre como realizar visitas virtuais, avaliando com antecedência a pertinência da chamada, valores e desejos do paciente e de seus cuidadores principais e substitutos;
- 10- Ademais, a realização de um plano terapêutico em paciente impedido de se manifestar e que não deixou previamente expressos os seus desejos neste momento, é prática rotineira ao profissional de terapia intensiva. Para tal, o



responsável pelo paciente deve participar das tomadas de decisão agindo no melhor interesse do mesmo.

Desta forma, a restrição ao contato entre pacientes e familiares em todas as suas formas, diante da inexistência de consentimento expresso ou apenas por estar o paciente em unidade de emergência ou UTI, dificulta a capacidade do profissional de saúde de proporcionar conforto e cuidados paliativos no ambiente de UTI.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos se coloca à disposição para oferecer ao CREMESP um corpo técnico para realização de recomendações de boa prática em visitas virtuais, que contemple segurança do paciente e uma prática ética nos diversos contextos de cuidado. É claro para todos que a pandemia deixará consequências irreversíveis a toda uma geração e os profissionais de saúde não podem se omitir da responsabilidade de contribuir de forma incessante com medidas que possam reduzir os impactos negativos de uma das maiores crises sanitárias da história.

Organização:

Douglas Crispim – Presidente da ANCP  
Suzana Margareth Ajeje Lobo – Presidente da AMIB  
Thiago Pugliese – Presidente da ANCP-SP

Autores:

Douglas Crispim – Presidente da ANCP  
Suzana Margareth Ajeje Lobo – Presidente da AMIB  
Thiago Pugliese – Presidente da ANCP-SP  
Alexandra Mendes Barreto Arantes – Secretária Geral da ANCP  
Zilfran Carneiro Teixeira – Coordenador Curso de Cuidados Paliativos AMIB e Coordenador do Comitê de UTI da ANCP  
Lara Patrícia Kretzer – Médica Intensivista e Paliativista  
João Batista Garcia – Vice-Presidente da ANCP  
Luciana Dadalto – Coordenadora do Comitê de Bioética da ANCP  
Fabiana M.M. Caron – Presidente da SBPO

Diretorias vigentes

**Diretoria ANCP nacional:**

Douglas Henrique Crispim	Presidente
João Batista Santos Garcia	Vice-Presidente
Rudval Souza da silva	Vice-Presidente
Alexandra Mendes B. Arantes	Secretaria Geral
Jussara de Lima e Souza	Tesoureira
Rodrigo Kapell Castilho	Coordenador Científico
Maria Helena Pereira Franco	Coordenadora Científica



Lisandra Stein Bernardes  
Nahãmi Cruz de Lucena

Coordenadora Comunicação  
Coordenadora Comunicação

#### **Diretoria AMIB:**

Dra. Suzana Lobo-SP	Presidente
Dr. Ricardo Siddou-CE	Vice Presidente
Dr. Antonio Falcão -SP	Diretor Secretário Geral
Dr. Wilson de Oliveira-AM	Diretor Tesoureiro
Dr. Hugo Urbano -MG	Diretor Científico
Dr. Marcelo de Oliveira Maia -DF	Diretor Presidente-Futuro
Dr. Ciro Leite Mendes-PB	Diretor Presidente-Passado

#### **Diretoria ANCP São Paulo**

Tiago Pugliese Branco	Presidente
Ednalda Maria Franck	Vice-presidente I
Carolina Neiva G Silva	Secretária
Milena dos Reis Bezerra de Souza	Tesoureira
Mariana Sarkis Brás	Diretora Científica
Sérgio Seiki Anagusto	Diretor Científico II
Daniela Archette	Diretora Comunicação I
Cláudia Luci dos S Inhaia	Membro Diretoria Comunicação I
Sabrina Correa C Ribeiro	Membro Diretoria Comunicação II
Mauricio Bullejos Gonçalves	Colaborador Relações Instit. Capital
Ana Paula O Ramos	Colaborador Relações Instit. Capital II
Anielle P Nakazone	Colaborador Relações Instit. Interior
Marilise R A Fonseca	Colaborador Relações Instit. Interior II
Luis Fernando Rodrigues	Colaborador Relações Instit. Interior III
Silvia Maria Barbosa	Conselheira

#### **Referências:**

- 1- Blundon, E.G., Gallagher, R.E. & Ward, L.M. Electrophysiological evidence of preserved hearing at the end of life. *Sci Rep* 10, 10336 (2020).  
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-67234-9>
- 2- CREMEC, Informativo 138\_2,(2020)  
<https://www.cremec.org.br/jornal/jornal140.pdf>
- 3- Teixeira C, daSilva DB, Rosa RG. Flexibilização dos horários de visita. In Moritz RD, Kretzer LP, Rosa, RG, editors. *Cuidados Paliativos, Comunicação e Humanização em UTI*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020.



- 4- Lovato WJ, de Carvalho JB, Rosa RG. Promoção do bem-estar dos entes queridos do paciente. In Moritz RD, Kretzer LP, Rosa, RG, editors. Cuidados Paliativos, Comunicação e Humanização em UTI. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020.
- 5- Crispim, Douglas, et al. "Comunicação difícil e Covid-19-Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia." (2020): 31-31. ISBN: 978-65-00-01585-0