

**MANUAL DO
DIRETOR TÉCNICO**

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GESTÃO 2003/2008**

Diretoria

Jun. 2005 a Jan. 2007

Presidente - Paulo Cesar Geraldês, **Vice-Presidente** - Francisco Manes Albanesi Filho, **Secretário-Geral** - Aloísio Carlos Tortelly Costa, **Diretor Primeiro Secretário** - José Ramon Varela Blanco, **Diretor Segundo Secretário** - Pablo Vazquez Queimadelos, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretora Primeira Tesoureira** - Matilde Antunes da Costa e Silva, **Diretor das Seccionais e Subsedes** - Abdu Kexfe, **Corregedor** - Sergio Albieri.

Diretoria

Out. 2003 a Maio 2005

Presidente - Márcia Rosa de Araujo, **Vice-Presidente** - Alkamir Issa, **Secretário-Geral** - Sergio Albieri, **Diretor Primeiro Secretário** - Paulo Cesar Geraldês, **Diretor Segundo Secretário** - Sidnei Ferreira, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretora Primeira Tesoureira** - Marília de Abreu Silva, **Diretor das Seccionais e Subsedes** - Abdu Kexfe, **Corregedor** - Marcos Botelho da Fonseca Lima.

CORPO DE CONSELHEIROS

Abdu Kexfe, Alexandre Pinto Cardoso, Alkamir Issa, Aloísio Carlos Tortelly Costa, Aloísio Tibiriçá Miranda, Antônio Carlos Velloso da Silveira Tuche, Armido Cláudio Mastrogiovanni, Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, Bartholomeu Penteado Coelho, Cantídio Drumond Neto, Celso Corrêa de Barros, Eduardo Augusto Bordallo, Francisco Manes Albanesi Filho, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Hildoberto Carneiro de Oliveira, Jacob Samuel Kierszenbaum, Jorge Wanderley Gabrich, José Luiz Furtado Curzio, José Marcos Barroso Pillar, José Maria de Azevedo, José Ramon Varela Blanco, Kássie Regina Neves Cargnin, Luís Fernando Soares Moraes, Makhoul Moussallem, Márcia Rosa de Araujo, Márcio Leal de Meirelles, Marcos André de Sarvat, Marcos Botelho da Fonseca Lima, Marília de Abreu Silva, Mário Jorge Rosa de Noronha, Matilde Antunes da Costa e Silva, Mauro Brandão Carneiro, Pablo Vazquez Queimadelos, Paulo Cesar Geraldês, Renato Brito de Alencastro Graça, Ricardo José de Oliveira e Silva, Sergio Albieri, Sérgio Pinho Costa Fernandes, Sidnei Ferreira, Vivaldo de Lima Sobrinho.

CONSELHEIROS INDICADOS PELA SOMERJ

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho
Fernando da Silva Moreira

CREMERJ

**MANUAL DO
DIRETOR TÉCNICO**

5º edição revista, atualizada e ampliada

**Rio de Janeiro
2006**

Manual do Diretor Técnico

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, nº 228 – Centro Empresarial Rio

Botafogo - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22.250-040

Telefone: (21) 3184-7050

Fax: (21) 3184-7189

homepage: www.cremerj.org.br

e-mail: cremerj@cremerj.org.br

Supervisão

Cons. Paulo Cesar Geraldês

Revisão, atualização e normatização: CPEDOC - Centro de Pesquisa e Documentação

Andréia Cipriano Maciel

Eneida Ferreira da Silva

Gabriel Gonçalves Rodrigues

Joel Pereira de Oliveira Júnior

Ricardo José Arcuri

Simone Tosta Faillace (Coord.)

Waltencir Dantas de Melo

Capa

Tatiana F. Aleixo Pizzolante

Personalidades: Oswaldo Cruz, Philippe Pinel, Salvador Allende, Che Guevara, João Guimarães Rosa, Sigmund Freud, Noel Rosa, Arthur Conan Doyle, Juscelino Kubitschek de Oliveira, Michelle Bachelet

Impressão

Navegantes Editora e Gráfica

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO CPEDOC-CREMERJ

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Manual do diretor técnico / org. pelo CPEDOC. - 5. ed., rev., atual. e ampl. - Rio de Janeiro, 2006.

1. Diretor técnico. 2. Direitos e deveres. 3. Ética médica.
I. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. II. Título.

Venda Proibida. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Apresentação à 5ª edição

A Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, estabelece a competência dos Conselhos Regionais de Medicina de normatizar e fiscalizar o exercício da prática médica no país.

No uso destas atribuições, buscando oferecer serviços médicos de excelência à população e ainda estabelecer as melhores condições possíveis do exercício profissional, têm os Conselhos editado Resoluções oficiais, que obrigatoriamente devem ser seguidas por todos os médicos registrados no Regional, independente de seus cargos e das características das instituições (públicas ou privadas).

Os Conselhos de Ética Médica têm a obrigação pedagógica de orientar o médico em todas as atividades que dizem respeito ao Ato Médico.

Esse Manual tem a pretensão de dirimir as dúvidas dos Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde, tanto públicos como privados, com o objetivo de trazer segurança e parâmetros para aqueles que estão em convívio direto com os problemas de gestão, administração, atendimento e assistência e que, por isso, merecem todo o nosso respeito e consideração.

As diretrizes aqui traçadas obedecem, primordialmente, à Resolução nº 1.342/91 do CFM, que atribui ao Diretor Técnico a responsabilidade de zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, bem como assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária da instituição. Tem ainda a obrigação de assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

Por fim, esperamos que este Manual seja de grande valia para todos aqueles que buscam agilizar o andamento da promoção e fiscalização do perfeito desempenho ético da profissão.

PAULO CESAR GERALDES
Presidente do CREMERJ

Sumário

O Diretor Técnico	p. 13
Instituição do Cargo e da Função	p. 14
Atribuições	p. 15
Direitos e Deveres	p. 16
Aspectos Ético-Legais	p. 23
Ato Médico	p. 37
Atendimento Médico-Hospitalar.....	p. 49
Comissão de Ética Médica	p. 57
Comissão de Revisão de Óbito e o Atestado de Óbito	p. 63
Comissão de Revisão de Prontuário e o Prontuário Médico	p. 77
Comissão de Infecção Hospitalar e o Controle da Infecção Hospitalar	p. 97
Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica e Saúde Mental	p. 101
Registro e Cadastramento de Estabelecimentos de Prestação de Serviços Médicos	p. 113
O Corpo Clínico e o Regimento Interno	p. 123
O Plantão Médico e o “Sobreaviso”.....	p. 129
O Atestado Médico	p. 143
Publicidade Médica	p. 153
Remoção de Pacientes	p. 157
Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências	p. 163

Laboratório Clínico-Patológico	p. 171
Unidades Coronarianas	p. 177
Unidades de Terapia Intensiva	p. 181
Internação Hospitalar e de Curta Permanência	p. 187
Parâmetros Hospitalares e Terminologia Básica em Saúde	p. 203
Estabelecimento Asilar	p. 211
Assistência Domiciliar	p. 213
Assistência Materno-Infantil	p. 221
Assistência Perinatal	p. 223
Assistência Pré-Natal	p. 229
Centro de Parto Normal (Casas de Parto)	p. 233
Notificação de Maus -Tratos contra Crianças e Adolescentes	p. 235
O Estudante de Medicina	p. 241
O Médico Residente.....	p. 247
O Médico Especialista	p. 255
O Médico Estrangeiro	p. 265
Normas para Fiscalização do Exercício Profissional e de Vigilância Sanitária	p. 271
Responsabilidade Civil do Médico	p. 277
Negligência de Hospitais	p. 281
Referências Bibliográficas	p. 285

**“Escolha sempre o caminho que pareça o melhor,
mesmo que seja o mais difícil;
o hábito brevemente o tornará fácil e agradável”
(Pitágoras)**

O Diretor Técnico

O Diretor Técnico

O **Diretor Técnico** é um médico contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

O **Diretor Técnico**, tem como incumbência, além de assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, além de observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica da instituição.

Ademais, nos termos do artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, a existência do cargo de **Diretor Técnico** é obrigatória em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, sendo ele o principal responsável pelo funcionamento da instituição, nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 997/80.

A legislação sobre o assunto diz:

Decreto nº 20.931, de 11 de dezembro de 1932

Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil, e estabelece penas.

“**Art.28** Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, público ou privado, poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal.”

A legislação prevê ainda:

Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958

“**Art.12** ... prevê a intimação de médico ou de pessoa jurídica (no caso o **diretor técnico**; grifo nosso) para oferecer a defesa que tiver, acompanhando-a das alegações e dos documentos que julgar convenientes para sua defesa nas denúncias.”

Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961

Dispõe sobre o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.

“**Art.15** Os cargos ou funções de chefia de serviços médicos, somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da Lei.”

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina, rezam:

Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980

“**Art.11** O diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços

técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.”

Resolução CFM nº 1.342, de 08 de março de 1991

“**Art.1º** Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.”

A responsabilidade técnica de instituições onde se realizem atos médicos como atividade-fim, está definida na **Resolução CFM nº 1.716/2004**, que versa:

“**Art.9º** O diretor técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art.10 A responsabilidade técnica médica de que trata o artigo anterior somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita, através da empresa ou instituição onde exercia a função ...”

Instituição do Cargo e da Função

Como dispõe o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, “Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal.”

Também, de acordo com a Resolução do CREMERJ nº 81/94, “todos os estabelecimentos de prestação, direta ou indireta, de serviços médicos estão obrigados a manter registro no CREMERJ, com a indicação de um responsável técnico. Inclui na obrigatoriedade os planos de saúde privados, bem como qualquer gênero de administração de serviços de saúde mantidos, direta ou indiretamente, por empresas públicas ou privadas.”

Sua função está explicitada na Resolução CFM nº 997/80, do Conselho Federal de Medicina, que descreve: “o Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.”

Ao **Diretor Técnico** compete assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis de uma boa prática médica, zelando ao mesmo tempo pelo fiel cumprimento dos princípios éticos.

No caso de afastamento do **Diretor Técnico**, segundo ainda a Resolução CFM nº 997/80, “deverá o cargo ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico.” A Resolução CFM nº

1.342/91, determina que “em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico ..., aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.” Da mesma forma, o diretor que assume o cargo deverá fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.

Atribuições

Como atribuições do **Diretor Técnico**, a Resolução CFM nº 1.342/91 determina que cabe a ele “zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição”, dentre outras:

1 - As principais atribuições do **Diretor Técnico** são:

- a) zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- b) assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;
- c) assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- d) cientificar à Mesa Administrativa da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
- e) executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;
- f) representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
- g) manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da instituição;
- h) supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;
- i) zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

2 - Algumas qualidades básicas das funções, mas que, apesar de necessárias, são insuficientes para o adequado exercício de cada função:

- a) o bom-senso: apesar de requisito para qualquer atividade importante, ele é insuficiente para lidar com a complexidade dos sistemas organizacionais modernos;
- b) a autoridade do cargo: se por um lado a autoridade do cargo é fonte de legitimidade, e de poder, é também limitada para dar conta do comportamento administrativo dos indivíduos, já que grande parte dos fatores que condicionam a prática de trabalho é incontrolável pela autoridade hierárquica;
- c) a qualidade da decisão: necessária sem dúvida, mas não traz consigo a garantia da implementação, que é um processo sujeito às mesmas influências técnicas e políticas da decisão;
- d) os conhecimentos de procedimentos burocráticos: conforma uma ajuda importante, mas pouco tem a ver com a capacidade de decisão e inovação, habilidades gerenciais modernas. (MOTTA, P.R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro, 1991)

Direitos e Deveres

Amplios são os limites da deontologia médica, e aqui estão listados os principais direitos e deveres dos médicos:

O médico tem o direito a:

- Exercer sua profissão com autonomia, sem sofrer qualquer tipo de discriminação, e ter liberdade e independência para indicar e praticar os atos médicos necessários e os mais adequados e benéficos para os seus pacientes, para a comunidade ou para atender à Justiça;
- Recusar-se a trabalhar em instituições que não ofereçam segurança para os pacientes e recursos mínimos para o desempenho ético e técnico da medicina;
- Recusar-se a atender paciente que por motivos fortes não o queira fazê-lo, ressalvadas as situações de urgência e emergência, estando ele de plantão ou sendo ele o único médico presente na ocasião ou no lugar;
- Recusar-se à prática de ato médico que, mesmo permitido por lei, seja contrário aos ditames de sua consciência;
- Assistir e tratar todos os doentes que o procurem em seu consultório médico, sem levar em conta seu(s) médico(s) habitual(ais) e as circunstâncias que tenham precedido à consulta;
- Recusar-se a praticar ato médico de responsabilidade de outro médico estando este presente, capacitado e habilitado para fazê-lo na ocasião;
- Intervir em ato médico que esteja sendo realizado ou conduta médica que esteja sendo planejada, ao verificar possibilidade evidente de erro médico e/ou prejuízo e dano ao paciente, sobretudo se mais experiente ou capacitado;
- Recusar-se a atestar falsamente, seja ele médico civil ou militar;
- Manter segredo de paciente seu, somente revelando-o por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;
- Orientar outro médico cuja conduta não esteja de acordo com a ética médica e, se necessário, denunciá-lo à Comissão de Ética do hospital ou ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde o fato se der;
- Ser tratado dignamente e com apreço e consideração pela sociedade;
- Solidarizar-se com os movimentos de classe evitando, no entanto, prejudicar a assistência médica aos pacientes;
- Assumir a direção técnica e a direção clínica dos estabelecimentos de assistência médica, governamentais ou particulares, civis ou militares. Este é um direito exclusivo dos médicos;
- Receber remuneração digna e justa pelo seu trabalho, seja na forma de salário ou de honorários;
- Ensinar a Medicina nas suas disciplinas básicas, pré-clínicas ou clínicas.

O médico tem o dever de:

- Lutar pelo perfeito desempenho ético da medicina, pelo prestígio e bom conceito da profissão, aprimorando continuamente seus conhecimentos científicos em benefício dos pacientes, da prática e do ensino médico;

- Manter absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente, nunca se utilizando dos seus conhecimentos para gerar constrangimentos ou sofrimentos físicos ou morais ao ser humano;
- Exercer a medicina com ampla autonomia, evitando que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho;
- Evitar que a medicina seja exercida como comércio e que o seu trabalho seja explorado por terceiros, com objetivo de lucro ou finalidade política ou religiosa, prestando especial atenção ao seu trabalho em instituições intermediadoras do trabalho médico, sobretudo naquelas, condenáveis, que estão a serviço do lucro nas medicinas de grupo;
- Manter o sigilo profissional, ressalvadas as situações previstas na Lei ou no Código de Ética Médica;
- Lutar por melhor adequação das condições de trabalho do ser humano, eliminando ou controlando os riscos de poluição ou deterioração do meio ambiente;
- Empenhar-se para melhorar as condições de saúde da população e os padrões dos serviços médicos, assumindo sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à legislação e educação sanitárias;
- Solidarizar-se com os movimentos de defesa profissional, sem descurar de assistir a seus pacientes, nunca esquecendo a natureza essencial do seu trabalho;
- Assegurar as condições mínimas para o exercício ético-profissional da medicina, se investido na função de direção;
- Manter para com seus colegas e demais membros da equipe de saúde o respeito, a solidariedade e a consideração, sem no entanto eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos;
- Respeitar as crenças de seus pacientes, tolerando-lhes seus caprichos e fraquezas, evitando alarmá-los por gestos, atos ou palavras;
- Não abandonar os pacientes crônicos ou incuráveis, os tratamentos difíceis ou prolongados e, se necessário, pedir ajuda a outro colega;
- Deixar pacientes em tratamento encaminhados a outro colega, quando ausentar-se;
- Pautar sempre sua conduta às regras da circunspeção, da probidade e da honra;
- Evitar a propaganda imoderada ou enganosa, combater o charlatanismo e evitar associar-se com quem pratique a mercantilização da medicina;
- Denunciar quem pratique ilegalmente a medicina;
- Cobrar honorários profissionais de quem possa pagá-los, salvo em situações muito especiais ou particulares, não devendo praticar a concorrência desleal;
- Evitar ser perito de paciente seu.

Ao atender um paciente o médico exerce, obrigatoriamente e ao mesmo tempo, seus direitos e deveres. As obrigações do médico para com seu paciente são apenas obrigações de meios, de zelo e de prudência e não de resultados. Esta situação nada mais é do que uma obrigação contratual e para demonstrar que não foram cumpridas tais obrigações, o doente deverá provar que houve imprudência ou negligência e o médico procurará verificar se o paciente cumpriu com sua parte no contrato, ou seja, se acatou sua prescrição e recomendações que levariam ao resultado positivo esperado.

**“Não se pode ensinar alguma coisa a alguém,
pode-se apenas auxiliar a descobrir por si mesmo”
(Galileu)**

Aspectos Ético-Legais

A seguir são apresentados ementas e resumos de documentos julgados essenciais ao conhecimento do médico investido em função de direção e ao exercício profissional da Medicina.

DECRETO Nº 20.931, DE 11 DE JANEIRO DE 1932

Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

(...) DOS ESTABELECIMENTOS DIRIGIDOS POR MÉDICOS

(...) **Art.28.** Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um **diretor técnico** e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal. (...)

LEI Nº 3.999, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1961

Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas.

(...) **Art.15.** Os **cargos ou funções de chefias de serviços médicos**, somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei. (...)

Comentários ao Código de Ética Médica

(...) Preâmbulo II

As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

O estabelecimento de saúde enquanto pessoa jurídica está disciplinado pelo Código de Ética Médica através do seu Diretor Responsável. A empresa está sujeita à fiscalização dos Conselhos de Medicina e se obriga a ser registrada no Cadastro Regional de Estabelecimentos de Saúde de direção médica onde se exercerem atividades de diagnóstico e tratamento, visando à promoção e recuperação da saúde, em cuja jurisdição esteja instalada, conforme estabelece a Resolução CFM nº 997/80. O Decreto nº 20.931/32 determina que todo estabelecimento de saúde público ou privado deve ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado legalmente para o exercício profissional. A Lei nº 6.839/80 obriga que os estabelecimentos que prestam assistência médica estejam inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina na jurisdição de suas atividades. Mais recentemente, a Resolução CFM nº 1.481/97 estipulou que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica adotem, nos seus Regimentos Internos de Corpo Clínico, as diretrizes gerais de ajustamento às normas do Conselho Federal de Medicina, inclusive trazendo de maneira clara a definição sobre corpo clínico, seus objetivos, sua composição e competência e seus direitos e obrigações. No Parecer CFM nº 21/96 também está estabelecido que os Diretores Clínicos e/ou Diretores Técnicos das instituições prestadoras de serviços médicos são responsáveis por problemas decorrentes da atuação dos acadêmicos, caso tenham instituído programa de estágio, podendo, inclusive, incorrer em ato ilícito, conforme preceituam os artigos 30 e 38 do Código de Ética Médica. (...) Desse modo, quem responde por irregularidades praticadas em nome dos estabelecimentos de saúde, quando configurada a infração, é o seu diretor técnico e principal responsável. Assim a empresa nunca responde como parte

denunciada em um processo ético-disciplinar, mas o seu Diretor Clínico ou Diretor Técnico, conforme a designação que lhe derem, cargo esse que deve ser ocupado sempre por médico, conforme a legislação em vigor. Isso não quer dizer que a unidade de saúde não possa responder civil ou administrativamente pela prática de danos ou infrações, ou que venha a sofrer as sanções dos Conselhos de Medicina, na qualidade de empresa inscrita obrigatoriamente em seu cadastro.

Capítulo I

Princípios Fundamentais

(...) Art.17 O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Aquele investido de uma função de direção - qualquer que seja o nível dessa representação - está obrigado a assegurar as condições necessárias para que a Medicina tenha seu desempenho ético-profissional desejado. O Código de Ética Médica, solenemente, em seu item I do Preâmbulo, determina que as normas éticas “devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.” Não tem sido fácil, em algumas oportunidades, distinguir a obrigação do médico e a obrigação do administrador. Entendemos que há fortes motivos para que o administrador médico tome certas medidas que nem sempre se mostram simpáticas aos seus subordinados. No entanto, a exigência do presente dispositivo é no sentido de que ele, na condição de chefe ou diretor, não deixe de propiciar os meios necessários, ou não venha interferir contrariamente às condições mínimas para que a Medicina seja exercida dentro dos postulados éticos consagrados pela profissão. O que se roga do médico, investido da função de chefe ou diretor das instituições relacionadas com a prestação ou com o planejamento das ações de saúde, é que ele não oriente seus subordinados na prática de atos antiéticos ou que não ofereça as condições mínimas para que a profissão seja exercida dentro dos critérios adotados pelas recomendações ético-profissionais da Medicina. Até mesmo os secretários de saúde estão sujeitos aos preceitos éticos e regulamentares da profissão.

Capítulo VII

Relação Entre Médicos

É vedado ao médico:

(...) Art.85 Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Qualquer que seja a denominação - diretor clínico ou diretor técnico de instituição de saúde, até porque a discussão é bizantina - o que importa é saber quem é o médico responsável pela unidade assistencial e entender que ele não pode utilizar-se de sua posição de chefia para impedir que seus subordinados atuem dentro dos postulados éticos defendidos no exercício da profissão médica, seja em estabelecimento público ou privado. Destarte, qualquer que seja a restrição imposta pelo dirigente, como, por exemplo, no sentido de baratear custo, suprimindo meios e recursos em detrimento dos interesses do paciente e favorecendo uma prática médica inadequada, está configurada uma agressão aos princípios éticos, e o médico não deve aceitar tal imposição. Se um chefe de serviço adota o sistema de “plantão à distância” em especialidades que exijam um pronto atendimento, está afrontando o

presente dispositivo. Se um outro limita o número de exames complementares ou aumenta o número de pacientes a ser atendido num turno de trabalho ambulatorial, além do que decidiu o corpo clínico, ficando demonstrada a má assistência médica, é também um atentado ao Código. Enfim, qualquer medida, proposta ou conduta que leve um superior hierárquico a impedir que seus chefiados atuem dentro dos princípios deontológicos apregoados na profissão constitui, à luz deste Código aqui comentado, uma infração passível de sanção em processos ético-disciplinares pelos Conselhos Regionais de Medicina. (FRANÇA, Genival Veloso de. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 3. ed., 2000.)

Resoluções e Pareceres dos Conselhos de Medicina

RESOLUÇÃO CFM Nº 672, DE 18 DE JULHO DE 1975

Determina que os médicos se mantenham atentos as suas responsabilidades: ética, administrativa, penal e civil.

CONSIDERANDO o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem que diz: "Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e o direito a previdência em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu ambiente. A maternidade e a infância têm direitos a cuidados especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social."

CONSIDERANDO ainda que:

1- O artigo 47 do Código de Ética Médica diz: "O médico não é obrigado por lei a atender ao doente que procure seus cuidados profissionais; porém cumpre-lhe fazê-lo em caso de urgência ou quando não haja na localidade colega ou serviço médico em condições de prestar assistência necessária."

2- O artigo 74 do Código de Ética Médica que diz: "O trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos atos e funções como o estabelece o presente Código, sendo os princípios deontológicos que se aplicam ao indivíduo os mesmos que regem as Organizações de Assistência Médica."

3- A responsabilidade do médico, quando em trabalho individual, ou em equipe, é ética, administrativa, penal e civil.

4- A prestação de assistência médica é responsabilidade da comunidade, sendo o médico, direta ou indiretamente, o seu principal agente.

5- O ato médico é responsabilidade inerente à profissão médica.

6- O médico pode exercer a sua função de maneira individual ou em trabalho associado ou de equipe.

7- A complexidade dos meios de que dispõe o médico para prestação de assistência médica tende cada vez mais a obrigá-lo a sua associação com seus pares.

8- A formação de sociedade entre médicos, mistas ou especializadas, tende a concentração de recursos, barateamento das despesas e segurança de qualidade, e não deve visar lucros e sim remuneração pelo trabalho executado.

9- A responsabilidade médica permanece individual para com o doente em quaisquer tipos de organizações de assistência médica.

10- O artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932 diz: "Nenhum estabelecimento de

hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar em qualquer ponto do Território Nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal."

11- Compreende-se como diretor técnico, comumente designado diretor clínico nos hospitais, o médico que tem sob seu controle, todo o trabalho profissional de medicina da instituição, sendo o principal responsável, quer isoladamente, quer em conjunto com outros colegas, pelos aspectos éticos, normativos, fiscalizadores e executivos da assistência.

12- A equipe formada para atendimento do doente tem por finalidade a obtenção do melhor resultado do objetivo desejado, a saúde do mesmo.

13- O artigo 79 do Código de Ética Médica, diz: "O médico deverá colaborar com as autoridades competentes na preservação da saúde pública e respeitar a legislação sanitária e regulamentos em vigor",

RESOLVE:

1- Determinar aos médicos que se mantenham atentos a suas responsabilidades: ética, administrativa, penal e civil.

2- Determinar que em nenhum momento a responsabilidade coletiva do trabalho médico obscureça a individual para com o paciente e sua segurança.

3- Determinar que em nenhum momento em chefia de um trabalho coletivo o médico possa se afastar do que preceitua o artigo 77 do Código de Ética Médica, e que divulgue as responsabilidades sociais da medicina e dos médicos em particular. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 911, DE 01 DE MARÇO DE 1979

Alerta sobre a responsabilidade das instituições, públicas ou privadas,
por danos causados por seus funcionários a terceiros.

(...) RESOLVE:

Recomendar especial atenção dos profissionais para a responsabilidade direta de suas instituições, quer públicas quer privadas, invocando sempre em Juízo, quando a eles forem chamados, essa responsabilidade, devendo, ainda, os Conselhos Regionais de Medicina nos processos ético-profissionais instaurados contra médicos em decorrência de situações pertinentes, observarem o máximo cuidado na apreciação e julgamento das espécies. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08 DE JANEIRO DE 1988

Aprova o Código de Ética Médica.

(...) CAPÍTULO III - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art.29. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art.30. Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art.31. Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art.32. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Art.33. Assumir a responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

Art.34. Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possam ser devidamente comprovado.

Art.35. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art.36. Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Art.37. Deixar de comparecer a plantão em horário pré-estabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art.38. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art.39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art.40. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art.41. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art.42. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art.43. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art.44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art.45. Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas do Conselho Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado. (...)

(...) **CAPÍTULO VII – RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS**

É vedado ao médico:

Art.76. Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente no local.

Art.77. Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art.78. Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Art.79. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art.80. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art.81. Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art.82. Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para

procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

Art.83. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Art.84. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Art.85. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.342, DE 08 DE MARÇO DE 1991

Dispõe das atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Determinar que a prestação de assistência médica, nas instituições públicas ou privadas, é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.

Art.2º São atribuições do Diretor Técnico:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.
- c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

Art.3º São atribuições do Diretor Clínico:

- a) Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da instituição.
- b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.
- c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

Art.4º O Diretor Clínico será eleito pelo Corpo Clínico, sendo-lhes assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

(...) **Art.5º** Revogado pela Resolução CFM nº 1.352/92.

Art.6º Em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico ou do Diretor Clínico, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - A substituição do Diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o Diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.352, DE 17 DE JANEIRO DE 1992

Revoga o *caput* do artigo 5º da Resolução CFM nº 1.342/91, que estabelece normas para direção técnica e direção clínica.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico,

seja como Diretor Clínico em no máximo 02 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando se tratar de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.653, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2002

Demonstrações Cirúrgicas ao Vivo.

(...) **CONSIDERANDO** que é prática usual a execução de cirurgias por médicos convidados para demonstrações com finalidade educativa e informativa fora da jurisdição do Conselho Regional de Medicina onde estão inscritos;

(...) **CONSIDERANDO** que cabe aos diretores técnicos das instituições garantir as melhores condições para o exercício da atividade médica;

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Demonstrações cirúrgicas efetuadas por médicos inscritos em Conselho Regional de Medicina que não o do local onde se realizem os eventos, deverão ser comunicadas previamente, por escrito, ao CRM local, com dados sobre a(s) cirurgia(s), tais como: local e objetivo do evento, número de participantes, modo de execução (ao vivo ou circuito fechado) e, ainda, documento do cirurgião convidado, para a autorização (carimbo) do CRM.

Art.2º Os diretores técnicos e a Comissão de Ética constituída dos estabelecimentos onde serão realizadas as demonstrações cirúrgicas devem dar sua anuência, por escrito, para os eventos, garantindo assim a existência das condições para os atos cirúrgicos propostos e assistência pós-operatória. (...)

PARECER CFM Nº 01, DE 05 DE FEVEREIRO DE 1997

Atuação do Diretor Clínico e influência para carreirismo na administração pública.

EMENTA: O médico, ao assumir as funções de Diretor Clínico ou Diretor Técnico, deve observar, criteriosamente, os ditames do artigo 17 do C.E.M. e das Resoluções que tratam da matéria. Os Conselheiros Regionais e Federais devem ter uma postura sempre atenta a situações que possam indicar irregularidades, desobediências aos princípios éticos ou indícios de ilícitos. Não configura infração ética a simultaneidade de atividades clínicas e gerenciais quando ambas não se prejudiquem mutuamente.

(...) Outros pontos questionados dizem respeito à aceitação ou designação de cargos por médicos não devidamente treinados e capacitados. Pergunta se isto não configura infração ética.

Em primeiro lugar, é necessário abstrairmo-nos da questão subjetiva para entendermos o que é e quem está objetivamente treinado e capacitado para o exercício de alguma função diretiva em instituição hospitalar. Seria, talvez, quem tem título de Administração Hospitalar?

Se positiva, a resposta, estaríamos discriminando todos os profissionais médicos que não o possuem, em claro confronto com o artigo 17 da Lei nº 3.268/57.

Qual critério objetivo poderíamos ter para afirmar que determinado profissional está tecnicamente apto ao exercício dessa função?

Um entendimento mais abrangente do artigo 5º do C.E.M. induz-nos à necessidade de constantes estudos e aprimoramentos para o benefício do paciente e, portanto, das instituições que o atendem.

É desejável e recomendável que os médicos ocupantes de funções diretivas tenham o perfil adequado e uma formação compatível com a empreitada a ser enfrentada. No entanto, não podemos considerar antiética a postura de aceitação sob qualquer forma.

(...) Assim, a designação de Diretor Clínico sem a consulta aos membros do Corpo Clínico constitui ilícito ético.

Da mesma forma, é competência dos Conselhos Regionais o acompanhamento e fiscalização das designações de Diretores Clínicos, muito embora isto seja uma tarefa árdua e que encontra óbices de toda espécie, inclusive aqueles de natureza judicial.

Quanto à questão salarial de diretores de unidades hospitalares, entendo não ser matéria de análise por parte dos Conselhos.

Em outra pergunta, indaga sobre a omissão do profissional médico dirigente em denunciar questões que possam redundar em perda da qualidade assistencial.

Em resposta, parece-me que o médico dirigente tem a obrigatoriedade de adotar medidas que assegurem a qualidade assistencial. Além disso, como médico deve observar o disposto nos artigos 19, 22 e 23 do C.E.M., apontando falhas de regulamentos, denunciando atos indignos e até recusando-se a participar de instituições onde as condições de trabalho não sejam adequadas. (...)

(...) Assim, a não ser que o profissional seja financeiramente independente, não há como deixar de prestar seus atendimentos clínicos desde que as duas atividades não se prejudiquem mutuamente.

(...) Pergunta-nos, enfim, o ilustre consultante, sobre a postura que o médico deve ter quando convidado a ocupar cargos de direção política.

Entendemos, por todo o exposto neste longo parecer, que é a postura da cidadania, da consciência, da ética e da responsabilidade. É o parecer, s.m.j.

PARECER CFM Nº 05, DE 11 DE JANEIRO DE 2001

Legalidade de enfermeira ser diretora de Pronto-Socorro.

EMENTA: A direção técnica de qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado, bem como a chefia de qualquer serviço médico, como Pronto-Socorro, somente pode ser exercida por médicos habilitados na forma da lei.

HISTÓRICO: (...) "se é legal que o diretor dos prontos-socorros de uma cidade seja uma enfermeira, sendo que a mesma contesta a conduta médica".

PARECER: Trata-se de uma questão eminentemente jurídica. O artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11/1/32, dispõe:

"Art.28 – Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal".

Esta disposição foi ratificada pela Lei nº 3.999, de 15/12/61, que estabelece:

Art.15 – Os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos devidamente habilitados na forma da lei." (grifo nosso)

Já a Lei nº 7.498/86, que disciplina a profissão de enfermeiro, não confere nenhuma atribuição que se assemelhe à chefia ou direção de Pronto-Socorro ou de qualquer outro serviço médico.

No que tange a cargos de chefia ou direção, essa lei se limita a determinar:

"Art. 8º - Ao enfermeiro incumbe:

I – privativamente:

- . direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e de chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- . organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- . planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; (...)

No setor público, esses cargos de chefia e direção usualmente são de livre nomeação e exoneração, mas, como foi ressaltado no Parecer SJ/CFM nº 133/99, citando Hely Lopes Meirelles: "*A atividade discricionária não dispensa a lei nem se exerce sem ela, senão com observância e sujeição a ela (in: Direito Administrativo Brasileiro, 19ª ed. p. 152)*". O mesmo parecer destaca, ainda, que "*qualquer problema ético ocasionado pelos enfermeiros aos pacientes será de responsabilidade do diretor técnico do hospital, que deverá responder pelo desempenho ético-profissional da medicina, tendo em vista que se presume que é da concordância do diretor a contratação de profissionais inabilitados*".

Portanto, no que diz respeito a hospitais, centros de saúde, prontos-socorros ou quaisquer outros estabelecimentos ou serviços públicos ou privados que prestem serviços de saúde a seres humanos, não há como tergiversar diante da letra da lei: sua direção ou chefia são privativas de médico.

Pode-se até admitir a existência de outros diretores sem atribuições técnicas – a lei não o proíbe – mas a direção técnica tem que existir e é exclusiva do médico, que responde perante os Conselhos de Medicina "*pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil*" (Artigo 1º da Resolução CFM nº 1.342/91).

Quanto à denúncia de que a enfermeira contesta a conduta médica, o assunto seria melhor apreciado pelo Conselho de Enfermagem ou pela Justiça comum, com base em fatos concretos. Alterar a medicação prescrita pelo médico, por exemplo, é crime previsto no artigo 280 do Código Penal. O artigo 282 do mesmo Código, aliás, também prevê como crime exercer a profissão de médico sem autorização legal – e aí se enquadra o exercício de atividades que a lei determina serem exclusivas de médico. Este é o parecer, s.m.j.

PARECER CFM Nº 10, DE 11 DE JANEIRO DE 2001

Responsabilidade técnica.

EMENTA: Somente é permitido ao profissional médico assumir responsabilidade técnica em, no máximo, 2 (duas) instituições públicas ou privadas prestadoras de serviços médicos. (...)

PARECER: Sobre o assunto, em virtude de desconhecermos maiores detalhes sobre a legislação normativa dos nomeados Grupos de Gestão Regional, solicitou este conselheiro parecer da Assessoria Jurídica do CFM, *in verbis*:

Nota Técnica do Setor Jurídico nº 386/2000

(...) *Nas razões a seguir, passa este Setor Jurídico a se manifestar sobre a matéria consultada em debate.*

Primeiramente, é mister expor qual é a conclusão que este Setor Jurídico chegou ao estudar e tentar definir o que são os Grupos de Gestão Regional – GGR. Em breve relato, temos que os GGR são

unidades organizacionais pertencentes à referida Secretaria de Saúde, compostos por um administrador público, um enfermeiro e um médico, e cada um responsável pelo gerenciamento de aproximadamente 8 (oito) unidades médicas, ou seja, unidades básicas de saúde ou ambulatórios de especialidades médicas.

De acordo com as informações prestadas pela Secretaria consulente, o número de médicos pertencentes às unidades de saúde varia de 3 (três) a 8 (oito), de acordo com o seu tamanho. Sendo assim, ao fazer parte do GGR, o médico teria que responsabilizar-se por mais de duas unidades de saúde ao mesmo tempo, o que lhe é vedado.

A Resolução CFM nº 1.352/92 é transparente ao dispor sobre o número máximo de instituições onde um médico pode exercer a diretoria clínica ou técnica, limitado a 2 (duas) instituições prestadoras de serviços /médicos, aí instituídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais na mesma instituição. Quanto a essa assertiva não há o que discutir.

O consulente exalta a necessidade de adequação das normas do CFM à nova mentalidade dos municípios no compromisso de implantação do SUS. Todavia, não há como deixar de lado normatização técnica a respeito da matéria, limitando a diretoria clínica e técnica de um mesmo médico ao número máximo de duas instituições médicas, sem colocar em risco o regular atendimento médico à sociedade como um todo.

No entanto, não é esse o ponto estudado no presente. A atenção deste Setor Jurídico repousa na previsão legal da criação dos GGR. Em contato telefônico mantido diretamente com a secretária municipal de saúde da cidade de Jundiá, (...), foi-nos informado que não existia embasamento normativo ou legal para a criação dos GGR. Também foi realizada pesquisa junto ao Ministério da Saúde e nenhuma legislação pertinente foi encontrada.

Conforme as explicações obtidas, os GGR são criação política da cidade, que visa proceduralizar os trabalhos médicos de maneira mais efetiva, visando atender a população de maneira mais abrangente"(...).

Por convicção assumida frente a esta exposição da douta Assessoria Jurídica do CFM, somos de opinião que:

Deva ser obedecida a Resolução CFM nº 1.352/91, que diz em seu artigo 1º - "Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição";

1. Até que se tenha dados consistentes sobre a normatização dos denominados GGR, não encontramos motivos para revisão da resolução citada; (...)

PARECER CFM Nº 48, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2001

Acúmulo de mais de duas funções de Diretor Técnico.

EMENTA: É vedado ao profissional médico exercer a função de diretor técnico em mais de duas instalações prestadoras de serviços médicos, públicas ou privadas, independente da localização geográfica distinta dentro do território nacional.

DA CONCLUSÃO: Considerando a Resolução CFM nº 1.352/92, art.1º: "Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em, no máximo, 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e

privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição”;
Considerando o Parecer CFM nº 04/97, aprovado em 9/4/97: “O médico somente poderá assumir responsabilidade técnica por, no máximo, duas empresas jurídicas”;
Considerando que a Resolução CFM nº 1.352/92 não é clara quanto ao fato de o médico assumir a responsabilidade como diretor técnico em instituições instaladas em cidades distintas e distantes, em estados diferentes;
Considerando que nesta situação é impossível a este profissional exercer suas atividades com a dedicação necessária a um resultado de qualidade para o paciente, podendo gerar prejuízos ao mesmo;
Entendo, portanto, ser vedado ao profissional médico o acúmulo de mais de duas funções de direção técnica, independente da localização geográfica distinta dentro do território nacional. Este é o parecer.

PARECER CFM Nº 03, DE 09 DE JANEIRO DE 2002

Deve o **diretor técnico** dos hospitais cuidar da segurança dos equipamentos e meios postos a serviço dos doentes internados na instituição ou servidos por ela. (...)

PARECER CFM Nº 16, DE 11 DE JANEIRO DE 2002

Direção técnica à distância.

A responsabilidade de Diretores Técnicos implica atuação efetiva no sentido de garantir e fiscalizar o desempenho ético da Medicina, o que só pode ser conseguido pela presença constante, o que a acumulação com outra função em localidade distante impede. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 24, DE 27 DE FEVEREIRO DE 1989

Dispõe sobre normas gerais que devem caracterizar o exercício ético-profissional do trabalho médico em instituições médicas.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º A qualidade do ato médico em instituições médico-assistenciais é da responsabilidade do profissional e dos superiores hierárquicos.

Parágrafo único - Caso fiquem apuradas as responsabilidades de pessoas físicas ou jurídicas que não estejam sob a jurisdição administrativa do CREMERJ, este providenciará as apresentações legais cabíveis.

Art.2º O médico em função ou cargo de chefia, direção ou assessoria, independente da denominação que receba tal função ou cargo em organização pública ou privada, responde subsidiariamente, perante o CREMERJ, pela qualidade do ato médico praticado em sua instituição.

Art.3º O trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos atos praticados.

Art.4º É da responsabilidade das direções das instituições e das autoridades sanitárias definir e divulgar à população o perfil do atendimento de suas instituições.

§1º A modificação deste perfil, mesmo que temporária, deve ser divulgada, da mesma forma e com

antecedência, à população e às demais instituições.

§2º Cabe à direção da instituição e das autoridades sanitárias a responsabilidade pela falta de condições para o atendimento dentro do perfil divulgado para a mesma.

Art.5º A direção técnica da instituição tem obrigação de garantir a cada paciente um médico assistente, que será o responsável pelo seu atendimento.

Art.6º O médico deve registrar, no documento de encaminhamento, a patologia e os motivos pelos quais a instituição em que trabalha não tem condições para atender o paciente, quando encaminhá-lo para outra instituição.

Parágrafo único. No caso de remoção de pacientes para outras instituições, a direção deve assegurar os meios para efetivá-la com segurança após contato prévio e anuência da instituição que o receberá.

Art.7º A direção deve zelar pelo padrão da qualidade assistencial da instituição, pelo aprimoramento continuado do conhecimento técnico-científico dos profissionais e pela permanente avaliação da assistência prestada à população.

Art.8º O médico, independente da posição hierárquica que ocupe na estrutura organizacional, deve atender à convocação da Comissão de Ética Médica da instituição.

Art.9º A chefia técnica e o controle profissional do trabalho médico em instituição pública ou privada só poderão ser exercidos por médico.

Art.10. É da responsabilidade da direção da instituição garantir que os boletins e os prontuários sejam rigorosamente elaborados de modo a garantir a continuidade da assistência médica. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 186, DE 08 DE JANEIRO DE 2003

Dispõe sobre o registro e acerca das chefias de Setores das Unidades Assistenciais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

(...) **RESOLVE:**

(...) **Art.3º** Os Setores das Unidades Assistenciais de Saúde, que tenham profissionais médicos desempenhando atos médicos, serão, obrigatoriamente, chefiados por profissionais médicos.

Art.4º Os Setores das Unidades Assistenciais de Saúde onde atuem profissionais médicos que não executem atos médicos poderão ser chefiados por profissionais de qualquer formação. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 209, DE 09 DE SETEMBRO DE 2005

Padroniza a denominação do médico em função de Direção Técnica, no âmbito do CREMERJ.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Padronizar, no âmbito do CREMERJ, a terminologia/nomenclatura do médico registrado na função de direção/responsável, como **DIRETOR TÉCNICO**. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 213, DE 09 DE JANEIRO DE 2006

Dispõe sobre a obrigatoriedade de identificação do profissional médico em todas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Ficam os profissionais médicos, de todas as unidades assistenciais de saúde, públicas e

privadas, obrigados a portar crachá de identificação, visível e legível, que contenha o nome completo, a função e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

Parágrafo único. O crachá de identificação deve permitir leitura fácil para os usuários, em dimensão que garanta boa visão.

Art.2º No crachá de identificação a denominação do cargo do profissional médico deverá ser MÉDICO e não DOUTOR. (...)

PARECER CREMERJ Nº 32, DE 24 DE MAIO DE 1995

Atuação do profissional formado em Enfermagem e Medicina, mas contratado como enfermeiro no serviço público, em situação de emergência.

EMENTA: Chama a atenção para o Art. 58 do Código de Ética Médica que reza: “É vedado ao médico deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo”; alerta para o Art. 17 do mesmo Código que preceitua “O médico investido em função de direção, tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da medicina”.

CONSULTA: Consulta encaminhada solicitando esclarecimentos sobre:

“1. Em situação de emergência, fora do expediente de médico diarista, qual posição que deve tomar?”

2. Em atuando como médico, responde administrativamente?”

3. Em não atuando, por não estar exercendo a função médica, comete omissão?”

PARECER: Quanto ao 1º e ao 3º quesitos, a resposta é dada pelo artigo 58 do Código de Ética Médica: “É vedado ao médico: deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo”. Ou seja, não havendo outro médico em condições de prestar assistência à clientela de 408 pacientes, está o Consulente obrigado ao atendimento de urgência ou emergência dos clientes, caso contrário estará ferindo o artigo em pauta.

No que tange ao 2º quesito, e de acordo com o artigo 17 do Código de Ética Médica: “O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina”, está o diretor técnico da instituição obrigado a dotá-la das condições técnicas mínimas. (...) Parece-nos, portanto, que se o desvio de função do enfermeiro devesse ser punido a qualquer título, antes de mais nada, e com muito mais razão, o médico diretor técnico da instituição o deverá preceder em termos de sanções administrativas. Na realidade, a falta administrativa do enfermeiro é consequência da desídia administrativa, técnica e ética do Diretor Técnico.

CONCLUSÃO: Concluindo, sugerimos à Diretoria do CREMERJ as seguintes medidas:

1. oficiar ao Consulente enviando-lhe a íntegra do presente Parecer;

2. oficiar ao Diretor Técnico do estabelecimento de saúde em questão para ciência do presente Parecer;

3. solicitar visita da COFIS ao mesmo estabelecimento para verificar a situação real da Instituição, para possíveis providências do CREMERJ. É o parecer.

PARECER CREMERJ Nº 112, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2002

Questões relativas ao uso de roupa branca nas atividades laborais.

EMENTA: Esclarece que o vestuário da equipe de saúde deve ser determinado pela autoridade

competente à qual a Unidade de Saúde esteja subordinada.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual solicita esclarecimentos quanto à utilização de roupa branca ser ou não obrigatória para o desempenho das atividades laborais na Rede Pública Municipal.

PARECER: A utilização da roupa branca é tradicional nas atividades laborais do médico. No entanto, o vestuário da equipe de saúde deve ser determinado pela autoridade competente à qual a Unidade de Saúde esteja subordinada. O Corpo Clínico da Instituição deve procurar sempre o diálogo com o Diretor Técnico, e demais autoridades, na busca da solução mais adequada ao trabalho na Unidade.

É o parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 155, DE 02 DE JUNHO DE 2004

Questões acerca da prática e do culto religioso nos Hospitais Públicos.

EMENTA: Expõe que o hospital pode regulamentar sobre a realização, ou não, de cultos religiosos dentro de suas dependências.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. A. J. L. A. da C., o qual informa que o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira criou uma comissão para elaborar normas referentes às formas de manifestação dos diversos credos religiosos seguidos por seus usuários e funcionários. Expõe, ainda, que o artigo 18º da Declaração Universal dos Direitos Humanos reza que "Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular." Assim, a partir desta determinação, indaga o profissional médico se a Instituição está impossibilitada de não permitir as manifestações em forma de cultos coletivos em suas dependências e se existe alguma lei que regulamente essas manifestações em hospitais públicos.

PARECER: Inicialmente, esclarecemos que não existe legislação específica que regulamente a questão em hospitais públicos. A Constituição Federal em seu artigo 5º, inciso VI, dita:

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

(...) VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias; (...)."

Diante disto, não pode haver restrição à liberdade de crenças. Contudo, o hospital pode regulamentar sobre a realização, ou não, de cultos religiosos dentro de suas dependências, uma vez que se trata de uma unidade de saúde e não de uma instituição religiosa.

Sendo a decisão nesses casos meramente administrativa, não compete ao CREMERJ legislar a respeito. Porém, do ponto de vista ético, vale ressaltar que o bem estar e a tranquilidade dos pacientes devem sempre ser preservados. (...)

Ato Médico

Pela primeira vez na história da medicina brasileira, vamos ter uma Lei que define o que é o ato médico, sua abrangência e seus limites. Tal fato tornou-se uma imposição da sociedade como um todo e da própria classe médica, haja vista a quantidade enorme de interseções com as outras profissões da área de saúde. A população reclama garantias de acesso à prática médica de boa qualidade, conhecendo bem as atribuições de cada integrante da equipe de saúde que vai lhe prestar assistência.

O PLS 25/2002 objetiva tão somente regulamentar os atos médicos, fortalecendo o conceito de equipe de saúde e respeitando as esferas de competência de cada profissional. Em nenhuma linha encontraremos violações de direitos adquiridos, arrogância ou prepotência em relação aos demais membros da equipe. Ninguém trabalha pela saúde da população sozinho, e muito menos sem a presença do médico. A análise do conteúdo dos seis artigos do Projeto mostra a relevância da matéria, permitindo uma maior compreensão acerca da importância que terá a sua aprovação.

São eles:

Artigo 1º – A definição

”Art. 1º - Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para:

- I – a prevenção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;
- II – a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- III – a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.“

O projeto tem como objetivo definir, em Lei, o alcance e o limite do ato médico. Para tanto, este artigo 1º expõe, de maneira clara, a definição adotada pela OMS quanto às ações médicas que visam ao benefício do indivíduo e da coletividade, estabelecendo a prevenção, em seus diversos estágios, como parâmetro para a cura e o alívio do sofrimento humano.

A definição do ato médico foi elaborada com base nesta ordenação de idéias porque, na medida em que abrange todas as possibilidades de referir procedimentos profissionais na área da saúde, essa classificação pareceu ao autor a melhor maneira de sintetizar clara e lealmente os limites da atividade dos médicos. Com sua utilização, parece ser possível diferenciar o que se deve considerar como atividade privativa dos médicos e quais os procedimentos sanitários que não o são.

Como se vê, o conceito de cura não se opõe ao de prevenção, vez que a cura, quer com o sentido de tratamento, quer como resultado dele, está implícita na prevenção secundária. Razão pela qual não faz sentido opor a medicina curativa à medicina preventiva, posto que aquela é parte integrante desta.

O **inciso I** fala da atenção primária, que cuida de prevenir a ocorrência de doenças, através de

métodos profiláticos, e das ações que visem à promoção da saúde para toda a população. A prevenção primária reúne um conjunto de ações que não são privativas dos médicos; ao contrário, para que obtenham êxito exigem a co-participação de outros profissionais de saúde e até mesmo da população envolvida.

O **inciso II**, por sua vez, estabelece os atos que são privativos dos médicos. São aqueles que envolvem o diagnóstico de doenças e as indicações terapêuticas, atributos que têm no médico o único profissional habilitado e preparado para exercê-los.

Não se incluem aqui os *diagnósticos fisiológicos* (funcionais) e os *psicológicos*, que são compartilhados com outros profissionais da área de saúde, como os fisioterapeutas e os psicólogos. O *diagnóstico fisiológico* refere-se ao reconhecimento de um estado do desenvolvimento somático ou da funcionalidade de algum órgão ou sistema corporal. O *diagnóstico psicológico* refere-se ao reconhecimento de um estado do desenvolvimento psíquico ou da situação de ajustamento de uma pessoa. No entanto, quanto se trata do *diagnóstico de enfermidades* e da indicação de condutas para o tratamento, somente o médico possui a habilitação exigida para tais ações. E os médicos veterinários, no que diz respeito aos animais.

O **inciso III** fala das atividades de recuperação e reabilitação, também compartilhadas entre a equipe de saúde. Não são atos privativos dos médicos. Por medidas ou procedimentos de reabilitação, devem ser entendidos os atos profissionais destinados a devolver a integridade estrutural ou funcional perdida ou prejudicada por uma enfermidade (com o sentido de qualquer condição patológica). Os dois parágrafos que complementam este artigo explicitam quais os atos privativos dos médicos e os compartilhados com outros profissionais:

“§1º – As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.”

“§2º – As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem a execução de diagnósticos e indicações terapêuticas podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente. “

Há um consenso indubitável acerca destes conceitos, estabelecidos há milênios pela prática da medicina. Diante da estupefação de alguns pela inexistência, até hoje, de Lei que afirmasse o óbvio, vale esclarecer que nunca houve tal necessidade antes, o que só agora se impõe em virtude do crescimento de outras profissões na área da saúde. Estabelecer limites e definir a abrangência do ato médico passou a constituir um assunto de extremo interesse de toda a sociedade, e não apenas dos médicos.

Art. 2º – Atribuições do CFM

“Art. 2º – Compete ao Conselho Federal de Medicina, nos termos do artigo anterior e respeitada a legislação pertinente, definir, por meio de resolução, os procedimentos médicos aceitos, os vedados e os experimentais, para utilização pelos profissionais médicos. “

Este artigo estabelece a competência do Conselho Federal de Medicina em definir os atos médicos aceitos, os vedados e os experimentais, à luz da ética e do conhecimento científico existente.

Vale ressaltar que o estabelecimento de atribuições em Lei para os conselhos federais de fiscalização profissional não constitui inovação para o dos médicos. A análise das leis que regulamentam outras profissões da área de saúde assim o demonstra:

“DECRETO Nº 88.439/83 - Biomedicina

Art.12 – Compete ao Conselho Federal:

XVIII – definir o limite de competência no exercício profissional, conforme os currículos efetivamente realizados;”

“LEI Nº 5.766/71 - Psicologia

Art.6º – São atribuições do Conselho Federal:

d) definir, nos termos legais, o limite de competência do exercício profissional, conforme os cursos realizados ou provas de especialização prestadas em escolas ou institutos profissionais reconhecidos; n) propor ao Poder Competente alterações da legislação relativa ao exercício da profissão de Psicólogo;”

”LEI Nº 3.820/60 - Farmácia

Art. 6º – São atribuições do Conselho Federal:

g) expedir as resoluções que se tornarem necessárias para a fiel interpretação e execução da presente lei;

j) deliberar sobre questões oriundas do exercício de atividades afins às do farmacêutico;

l) ampliar o limite de competência do exercício profissional, conforme o currículo escolar ou mediante curso ou prova de especialização realizado ou prestada em escola ou instituto oficial;

m) expedir resoluções, definindo ou modificando atribuições ou competência dos profissionais de farmácia, conforme as necessidades futuras (grifo nosso);

Parágrafo único - As questões referentes às atividades afins com as outras profissões serão resolvidas através de entendimentos com as entidades reguladoras dessas profissões.”

Artigo 3º – As atividades de direção e chefias médicas

“Art.3º – As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão, desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimentos médicos e, ainda, as atividades de ensino dos procedimentos médicos privativos, incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidas por médicos.”

Este artigo preconiza que os cargos de direção e chefia relacionados diretamente aos atos médicos sejam exercidos exclusivamente por médicos. Não há nada de extraordinário nisso. As leis que regulamentam as outras profissões da saúde sempre realçaram este quesito, garantindo-lhes as chefias de enfermagem, nutrição etc. Senão, vejamos:

“LEI Nº 7.498/86 - Enfermagem

Art.11 – O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;“

“LEI Nº 8.234/91 - Nutrição

Art.3º – São atividades privativas dos nutricionistas:

I – direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição;

V – ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;

VI – auditorias, consultorias e assessoria em nutrição e dietéticas;”

“DECRETO Nº 85.878/81 - Farmácia

Art.1º – São atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos:

IV – a elaboração de laudos técnicos e a realização de perícias técnico-legais relacionados com atividades, produtos, fórmulas, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica;

V – o magistério superior das matérias privativas constantes do currículo próprio do curso de formação farmacêutica, obedecida a legislação do ensino;”

“DECRETO Nº 53.464/64 - Psicologia

Art.4º – São funções do psicólogo:

II – dirigir serviços de psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares;

III – ensinar as cadeiras ou disciplinas de psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor;

VI – realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de psicologia.”

“LEI Nº 6.965/81 - Fonoaudiologia

Art.4º – É da competência do fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica:

(...) g) lecionar teoria e prática fonoaudiológica;

h) dirigir serviços de fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;”

Com o intuito de aclarar essa intenção, o parágrafo único deste artigo dissipa todas as dúvidas que poderiam existir:

“Parágrafo único - Excetua-se da exclusividade médica prevista no caput deste artigo as funções de direção administrativa dos estabelecimentos de saúde e as demais atividades de direção, chefia, perícia, auditoria ou supervisão que dispensem formação médica como elemento essencial à realização de seus objetivos ou exijam qualificação profissional de outra natureza. “

Uma direção administrativa, uma secretaria ou até mesmo o Ministério da Saúde podem ser cargos exercidos por profissionais não médicos, desde que, em respeito à Lei, haja um responsável

técnico médico para responder pelas questões técnicas e éticas que envolvam aquela instância administrativa. Nenhuma novidade neste passado recente de nosso país. Os dois últimos titulares da pasta da Saúde são economistas.

Artigo 4º – O exercício ilegal da medicina

“Art.4º – A infração aos dispositivos desta Lei configura crime de exercício ilegal da medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro.”

O exercício ilegal da medicina é crime, tipificado no Código Penal Brasileiro em seu artigo 283. Este artigo reforça o preceito legal, lembrando que a profissão médica requer habilitação, aqui entendida como a legalização de uma atividade social regulamentada.”

Artigo 5º – O respeito às outras profissões regulamentadas

“Art.5º – O disposto nesta Lei não se aplica ao exercício da odontologia e da medicina veterinária, nem a outras profissões de saúde regulamentadas por Lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.”

Se alguma dúvida havia acerca da extrapolação de direitos, este artigo a desfaz completamente. O objetivo deste Projeto restringe-se a definir a abrangência e os limites dos atos médicos, resguardando as prerrogativas definidas em Lei para as outras profissões da área de saúde. A referência explícita à odontologia e à medicina veterinária se deve ao fato de que ambas, cada uma em sua área de atuação específica, também realizam diagnósticos e indicações terapêuticas.

Artigo 6º

Art.6º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Não há comentários.

(Fonte: Conselho Federal de Medicina)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.621, DE 16 DE MAIO DE 2001

A Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente.

(...) RESOLVE:

Art.1º A Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente.

Art.2º O tratamento pela Cirurgia Plástica constitui ato médico cuja finalidade é trazer benefício à saúde do paciente, seja física, psicológica ou social.

Art.3º Na Cirurgia Plástica, como em qualquer especialidade médica, não se pode prometer resultados ou garantir o sucesso do tratamento, devendo o médico informar ao paciente, de forma clara, os benefícios e riscos do procedimento.

Art.4º O objetivo do ato médico na Cirurgia Plástica como em toda a prática médica constitui obrigação de meio e não de fim ou resultado. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.627, DE 23 DE OUTUBRO DE 2001

Define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I- a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);
II- a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III- a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§1º As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

§2º As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

Art.2º O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei.

Art.3º As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.718, DE 16 DE ABRIL DE 2004

É vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não-médicos, inclusive àqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência à distância, até que sejam alcançados os recursos ideais.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não-médicos, inclusive àqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência à distância, até que sejam alcançados os recursos ideais.

(...) **Art.4º** Os diretores técnicos de instituições de saúde serão responsabilizados se permitirem o ensino de atos médicos privativos a profissionais não-médicos. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.720, DE 12 DE MAIO DE 2004

Estabelece os critérios para a realização de debridamentos e curativos cirúrgicos, sob anestesia geral ou sedação, em pacientes queimados.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Os debridamentos e curativos cirúrgicos em pacientes queimados são atos médicos e serão realizados pelo médico assistente.

Parágrafo único - Na impossibilidade de realizar estes atos médicos, o médico assistente ficará responsável pela indicação de seu substituto, preferencialmente com experiência no tratamento de queimados.

Art.2º É obrigatória e imprescindível a presença do anestesiológista, quando houver necessidade de anestesia geral ou sedação, no tratamento do queimado.

Art.3º É da responsabilidade dos diretores técnicos das Instituições fazer cumprir esta resolução. (...)

PARECER CFM Nº 35, DE 09 DE MAIO DE 2002

ASSUNTO: Auxiliares em imobilizações ortopédicas.

EMENTA: A imobilização de fraturas simples, após diagnóstico, indicação e total supervisão pelo médico assistente, poderá ser realizada pelo técnico, não configurando exercício ilegal da Medicina.

PARECER: A Resolução CFM nº 1.627/2001, que define o Ato Médico, em seu §2º permite que as atividades de prevenção primária e terciária podem ser compartilhadas com outros profissionais da área de saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

No entanto, o diagnóstico de fratura e a indicação da imobilização correta são atos privativos dos médicos.

As imobilizações especiais ou de risco, tais como as realizadas em pacientes anestesiados, as confeccionadas em pós-operatório imediato, as aplicadas em pacientes com lesões neurológicas, vasculares ou extensa da pele, as que visem correção em crianças, as que necessitem mesa ortopédica para sua confecção, as que incluem três ou mais articulações e as que se sigam à redução ou manipulação serão procedidas, necessariamente, com a participação direta do médico.

Entretanto, no tocante às imobilizações de fraturas simples, após exame do médico assistente e definido o tipo de imobilização, os técnicos poderão confeccionar os aparelhos gessados, sendo extensão do trabalho do médico, sempre feito sob sua supervisão e a quem compete a responsabilidade final. (...)

PARECER CFM Nº 45, DE 07 DE AGOSTO DE 2003

ASSUNTO: Administração de drogas por profissionais da área de Enfermagem.

EMENTA: As aplicações de drogas para fins estéticos por via intradérmica ou subcutânea não devem ser delegadas, pelo médico, a outros profissionais. Esta transferência configura delito previsto no artigo 30 do Código de Ética Médica. (...)

PARECER CFM Nº 03, DE 07 DE JANEIRO DE 2004

ASSUNTO: Implicações éticas no treinamento de profissionais não-médicos para o Programa AIDPI.

EMENTA: Diagnóstico e tratamento de doenças é ato privativo do médico. O Programa AIDPI deve assegurar que o diagnóstico e tratamento de doenças sejam feitos por médicos, os quais não podem treinar e delegar a outros profissionais a execução destes atos. (...)

PARECER: O Parecer-Consulta CFM nº 8.157/2000, que trata da atribuição do enfermeiro no Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, é claro ao definir que programas de saúde não podem delegar a profissionais de saúde em geral atos de diagnóstico e tratamento por serem estes de competência exclusiva do médico.

A Resolução CFM nº 1.627, estabelece em seu Artigo 1º, parágrafo 1º, que as atividades de prevenção secundária, bem como as de prevenção primária e terciária, que envolvem procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico. No artigo 3º estabelece que as atividades de ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidos por médicos.

O Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI é uma estratégia de redução da morbimortalidade, concebida pela Organização Pan-Americana da Saúde, para populações com mortalidade superior a 40/1000 e, como qualquer outra iniciativa para diminuir a mortalidade das crianças brasileiras, deve ser apoiada pelos médicos e entidades médicas. Utiliza sinais clínicos preditivos positivos para fazer uma triagem relativa à atenção da criança: encaminhamento urgente ao hospital ou tratamento ambulatorial. Entretanto, o AIDPI ou qualquer outra estratégia reducionista e simplificadora de conhecimentos não pode substituir a assistência pediátrica, sob pena de ferir direitos elementares de crianças e adolescentes.

O Conselho Federal de Medicina compartilha dos ideais que nortearam a formulação do Programa, mas o AIDPI não pode ser referendado em sua implantação atual por desrespeitar ato privativo dos médicos e colocar em risco a assistência à saúde da população envolvida.

Os atos de diagnóstico e tratamento devem ser realizados por médicos, não podendo os outros profissionais ser treinados pelos médicos para este objetivo. Este é o meu parecer, smj.

PARECER CFM N° 07, DE 14 DE SETEMBRO DE 2004

ASSUNTO: Prescrição de exercícios físicos por cardiologistas, aos seus pacientes, em receitas médicas.

EMENTA: Compete ao médico, exclusivamente, após o diagnóstico da enfermidade, prescrever a terapêutica adequada ao paciente e, inclusive, a prescrição de atividade física em face da doença diagnosticada ou para sua prevenção. (...)

PARECER CFM N° 10, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004

ASSUNTO: Solicitação de autorização de treinamento em cursos de ACLS e PALS para profissionais não-médicos.

EMENTA: 1- Cursos de Suporte Avançado de Vida só podem ser ministrados a médicos, por envolverem a realização de atos médicos.

2- Os cidadãos não-médicos devem ser treinados em Suporte Básico de Vida.(...)

PARECER CFM N° 26, DE 11 DE AGOSTO DE 2004

ASSUNTO: Mielograma

EMENTA: O procedimento de punção de medula óssea e a interpretação dos resultados caracterizam ato médico. (...)

PARECER: A punção de medula óssea e a interpretação de achado citológico do referido exame são atos interligados e complementares, sendo que a punção pode apresentar complicações, tais como sangramento, por exemplo, com risco para os pacientes. Ressalte-se que são procedimentos complexos, envolvendo treinamento especializado que caracteriza ato médico, conforme a Resolução CFM n° 1.627/01. Assim sendo, só podem ser realizados por médicos. Este é o parecer, s.m.j.

PARECER CFM N° 21, DE 13 DE MAIO DE 2005

ASSUNTO: Retirada de tecidos oculares doados para transplantes por não-médicos.

EMENTA: O procedimento de retirada de órgãos para transplante é ato exclusivo do profissional médico. (...)

DO PARECER: O controle de qualidade no processamento dos tecidos oculares doados começa antes mesmo de sua retirada (enucleação ou excisão da córnea *in situ*) como:

- . Identificação e análise da história clínica do possível doador;
- . Exame do prontuário e diálogo com a família e equipe médica do doador;
- . Avaliação do globo ocular;
- . Cuidados com assepsia e anti-sepsia;
- . Amostra sangüínea do doador.

Esta avaliação é transcrita para os formulários do Banco de Olhos e garante a correta seleção dos tecidos para fins terapêuticos.

Durante a retirada dos tecidos o médico deve ter conhecimentos anatômicos e de fisiologia ocular, bem como o perfeito domínio da técnica de enucleação, uso do material cirúrgico e habilidade em recompor a cavidade orbitária.

Em seguida, deve acondicionar corretamente os tecidos e realizar um transporte seguro até o Banco de Olhos onde serão avaliados, para preservação e armazenamento.

A enucleação ou excisão da córnea *in situ* realizados em doador cadáver são procedimentos cirúrgicos que em nada diferem dos realizados em pacientes vivos.

Fica claro que a retirada de órgãos para transplante é um procedimento complexo que exige conhecimentos e habilidades que, segundo a Resolução CFM nº 1.627/2001, são procedimentos exclusivos do profissional médico. O art. 30 do Código de Ética Médica diz: **“É vedado ao médico: delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”**. Desse modo, não pode o médico permitir que técnicos exerçam esta atividade.

Por outro lado, a Portaria 2.692/GM/2004 do Ministério da Saúde, ao arremio da lei, cria a profissão de técnico em retirada de órgãos, sequer prevista na Classificação Brasileira de Ocupações. Tal atitude, além de confundir ainda mais as relações interprofissionais, pois invade área da medicina, não acrescenta melhoras na qualidade dos transplantes de córnea.

CONCLUSÃO: A retirada de tecidos oculares, seja por enucleação ou excisão *in situ*, exige do profissional conhecimentos de fisiologia e anatomia ocular, bem como habilidade cirúrgica integrante da formação do médico oftalmologista. Excluir o médico deste ato fere a ética médica, pois não só delega a um profissional não-médico atos considerados exclusivos da profissão médica (Art. 3º do C.E.M.) como também obriga ao médico ensinar a outros profissionais estes atos, ferindo o que dispõe a Resolução CFM nº 1.718/2004.

Portanto, consideramos que transferir para profissionais não-médicos a responsabilidade da retirada de tecidos oculares para transplante fere os dispositivos éticos e legais, expondo o profissional médico a sanções éticas por delegar atos exclusivos do médico a profissionais não-médicos; e esses, a sanções legais por exercício ilegal da medicina. Este é o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 121, DE 25 DE MARÇO DE 1998

Define “ato médico”, enumera critérios e exigências para exercício da profissão médica.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Ato Médico é a ação desenvolvida visando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das alterações que possam comprometer a saúde física e psíquica do ser humano. (...)

§2º Cabe, exclusivamente, ao médico, a realização de consulta médica, a investigação diagnóstica e a terapêutica.

(...) **Art.2º** É vedado ao médico atribuir ou delegar funções de sua exclusiva competência para profissionais não habilitados ao exercício da Medicina.

Art.3º Os médicos dirigentes de serviços de saúde, públicos ou privados, serão responsabilizados nos termos do Código de Ética Médica quando, por ação ou por omissão, permitirem a prática de ato médico por outros Profissionais de Saúde. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 185, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2002

Dispõe acerca da necessidade da requisição de exames ser efetuada por profissional médico.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Determinar que a requisição para realização de exames complementares é obrigatória e como ato médico só pode ser solicitada por médico registrado no CREMERJ.

Art.2º Configura-se como infração ética a realização de exame, emissão de laudo, análise e/ou aceitação de exames e laudos sem requisição ou cuja requisição não tenha sido formulada por médico.

Art.3º Além do médico que realizar o exame e/ou emitir laudo em discordância com esta Resolução, assume também responsabilidade o Diretor Técnico da Instituição, a quem incumbe zelar pelo cumprimento das presentes normas éticas.

Art.4º O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei. (...)

PARECER CREMERJ Nº 46, DE 04 DE MARÇO DE 1996

Obrigatoriedade de uso do carimbo.

EMENTA: Esclarece ser o uso do carimbo aconselhável em todos os atos médicos, acompanhado não só da assinatura, como também do número do registro do médico no CREMERJ, principalmente em se tratando de prescrição de medicamentos controlados.

(...) 1. Que em princípio qualquer ato médico deve ser acompanhado não só da assinatura como do registro do médico no CREMERJ - número do CRM;

2. que sempre que possível o uso do carimbo é aconselhável em todos os atos;

3. que na impossibilidade ocasional do uso do carimbo - a assinatura pode ser acompanhada nas folhas de evolução, prescrição e de exames complementares do número do registro do médico no CREMERJ;

4. que no caso de prescrição de medicamentos controlados faz-se indispensável ou o uso do carimbo ou o uso de impressos em que conste a inscrição do médico no CREMERJ. É o parecer.

PARECER CREMERJ Nº 60, DE 14 DE NOVEMBRO DE 1997

Questões acerca de prescrição genérica de medicamentos feita por enfermeiros e sobre a possibilidade de unidade médico-assistencial poder ser dirigida por profissional de saúde que não seja de formação médica.

EMENTA: Esclarece que a consulta de enfermagem, instituída pela Lei nº 7.498/86, defere aos membros daquela profissão a possibilidade de autonomamente aconselhar e dar pareceres sobre atos típicos de enfermagem, não compreendendo neste conceito a faculdade de prescrever, genericamente, medicamentos. Afirma que a chefia administrativa das unidades de saúde pode ser exercida por profissional não-médico, mas que a responsabilidade técnica das referidas unidades é sempre conferida a médico. (...)

PARECER CREMERJ Nº 161, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Prescrição de órteses e próteses ortopédicas por profissionais não-médicos.

EMENTA: Considera que a indicação do tipo e do tempo de imobilização são prerrogativas do médico, por fazerem parte da terapêutica. Conclui que a prescrição de órteses e próteses ortopédicas é ato médico. (...)

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia, que solicita orientação quanto à possibilidade de prescrição de órteses e próteses por profissionais não-médicos.

FUNDAMENTAÇÃO E CONCLUSÃO: No âmbito da ortopedia e traumatologia, determinadas doenças ora necessitam de imobilidade de uma articulação, ora necessitam de movimentação. A decisão entre uma ou outra cabe ao médico.

Por vezes, é necessária a colocação de uma imobilização rígida, tipo aparelho gessado. Outras vezes, a indicação correta é o uso de tala, que pode ser removida periodicamente. Quando necessária a imobilização, só o médico pode decidir qual tipo será melhor para o paciente. Assim, fica caracterizado que a indicação do tipo e do tempo de imobilização são parte da terapêutica, sendo um ato médico e, portanto, prerrogativa deste profissional.

Vale lembrar que muitos destes dispositivos imobilizadores encontram-se com venda livre no comércio, o que facilita a auto-indicação ou a indicação por profissionais não habilitados. Tal fato não pode ser usado como argumento para liberação geral. Em farmácias, por exemplo, encontram-se medicamentos de venda livre, mas cujo fornecimento só pode ser feito mediante prescrição médica.

Em conclusão, o CREMERJ, através de sua Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia, opina que prescrição de órteses e próteses ortopédicas é responsabilidade única e exclusiva do médico. É o parecer, s.m.j.

Atendimento Médico-Hospitalar

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.665, DE 07 DE MAIO DE 2003

Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

Parágrafo 1º - Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

Parágrafo 2º - O atendimento a qualquer paciente, independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, razão pela qual não se pode alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para a recusa da prestação de assistência.

Parágrafo 3º - As instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde as condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para a proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito.

Parágrafo 4º - É responsabilidade do diretor técnico da instituição a efetiva garantia das condições de atendimento.

Art.2º É da responsabilidade da instituição pública/privada e de seu diretor técnico garantir e promover a internação e tratamento dos portadores do vírus da SIDA (AIDS), quando houver indicação clínica para tal.

Parágrafo único - O diagnóstico do vírus da SIDA (AIDS), por si só, não justifica o isolamento ou confinamento do paciente.

Art.3º É responsabilidade do diretor técnico das instituições intermediadoras dos serviços de saúde de qualquer natureza, inclusive seguradoras, a autorização de internação, a manutenção do custeio do tratamento e a autorização para exames complementares dos pacientes associados ou segurados portadores do vírus da SIDA (AIDS).

Parágrafo único - O custeio dos meios necessários à segurança do Ato Médico, inclusive ambulatorial, deve ser garantido pelas empresas de planos de saúde, seguradoras e Sistema Único de Saúde.

Art.4º É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV.

Art.5º É dever do médico solicitar à gestante, durante o acompanhamento pré-natal, a realização de exame para detecção de infecção por HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardando o sigilo profissional.

Art.6º É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame para detecção de anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame.

Art.7º Os serviços e instituições de saúde, públicos e privados, devem proporcionar condições para o

exercício profissional, disponibilizando exames, medicamentos e outros procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV em gestantes, bem como assistência ao pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido.

Art.8º É responsabilidade do médico, da instituição e de seu diretor técnico garantir a preservação dos direitos de assistência médica das pessoas portadoras do vírus HIV.

Art.9º O sigilo profissional que liga os médicos entre si e cada médico a seu paciente deve ser absoluto, nos termos da lei, e notadamente resguardado em relação aos empregadores e aos serviços públicos.

Parágrafo único - O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da SIDA (AIDS), mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família.

Art.10. O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS), salvo nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente.

Art.11. Revogam-se todas as disposições em contrário, especialmente a Resolução CFM nº 1.359, de 11 de novembro de 1992.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A preocupação dos Conselhos de Medicina com a prevenção e controle do vírus da SIDA (AIDS) no país tem levado diversos Regionais, e este próprio Conselho Federal, a elaborarem pareceres e relatórios para orientar os médicos sobre o assunto, todos visando a mesma finalidade, apesar de haver diferenças de abordagem sobre o assunto.

Com vistas a uniformizar, tanto quanto possível, as normas sobre a matéria, o Conselho Federal de Medicina achou por bem avaliá-las e padronizá-las, no que couber, visando a sua condensação em mandamento único, razão da presente resolução.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.780, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005

(...) RESOLVE:

Art.1º O atendimento profissional a pacientes portadores de hanseníase é imperativo moral da profissão médica e nenhum médico pode recusá-lo ou deixar de participar do mesmo.

§1º Tal imperativo é extensivo às instituições médico-assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

§2º O atendimento a qualquer paciente, independente de sua doença, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, razão pela qual não se pode alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para a recusa da prestação de assistência.

§3º Os serviços e instituições médico-assistenciais, públicos e privados, devem proporcionar condições para o exercício profissional, disponibilizando exames, medicamentos e outros procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento da hanseníase.

§4º É responsabilidade do diretor técnico da instituição a efetiva garantia das condições de atendimento médico.

Art.2º A instituição pública/privada e seu diretor técnico são responsáveis por garantir e promover a assistência ambulatorial, a internação e o tratamento de intercorrências clínicas, específicas à doença ou de outra natureza, aos portadores de hanseníase, quando houver indicação clínica para tal. (...)

PARECER CFM Nº 30, DE 03 DE MAIO DE 1990

Número de consultas em 4 horas/dia.

ASSUNTO: Número de pacientes de 1º vez e secundários a serem atendidos nos ambulatórios.

PARECER: O processo consulta nº 3.236/89 origina-se no CREMERJ, através de questão formulada pelo Diretor do Hospital Estadual Getúlio Vargas que deseja saber qual a recomendação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro quanto ao número de consultas ambulatórios destinadas a cada profissional com carga horária de quatro horas/dia nas diversas especialidades.

É consentâneo que o exercício da Medicina tem se modificado em razão das várias modalidades de relacionamentos médico/paciente, considerando-se que a intermediação deste relacionamento no presente, constitui-se o maior óbice a ser eliminado. Por outro lado, observa-se que a inexistência de uma política objetiva de saúde nos vários níveis de governo, deixa o médico tutelado às ordens de serviços, portarias, regimentos, ceifando dentre outras coisas, a liberdade profissional para o correto julgamento, resultando na automação do atendimento, na dispersonalização do paciente que se sente discriminado quando busca ser ouvido e examinado com interesse.

Recorre-se ao cronômetro no afã de obter-se um serviço médico eficiente. Abdica-se por vezes, de parâmetro fundamental para a instituição, qual seja, o acesso do paciente ao sistema.

Não deve ser da competência de nenhum Órgão ou entidade a determinação do número de atendimentos médicos para qualquer carga horária em qualquer especialidade. Convém lembrar que o art. 8º do Código de Ética Médica estabelece que: "o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar a sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho".

O receio de premiar os ociosos, fez com que algumas instituições do nosso país estabelecessem o número de pacientes ambulatórios a serem atendidos numa determinada carga horária. Tal limitação temporal, via de regra, aleatoriamente imposta, atenta contra a boa prática médica, ignora a impossibilidade de se planificar, aprazar e modelar o atendimento médico e, com freqüência, torna-se absurda, relegando fatores determinantes do tempo mínimo ideal para assistência do paciente, tais como as peculiaridades e destinação de cada serviço, e as condições e necessidades do assistido.

Isto posto, é mister que o tempo de que necessita o médico em favor do seu paciente, não pode ser cronometrado. Caso negássemos tal assertiva, logo estaríamos aferindo o tempo para todos os procedimentos médicos, atos cirúrgicos, transfusões, diálises, etc.

O Conselho Federal de Medicina é solidário com as preocupações dos dirigentes das instituições de saúde que procuram pautar as suas condutas dentro dos ditames éticos, consultando os Conselhos Regionais sobre pontos polêmicos ou duvidosos, como nos parece na matéria em apreço. É com este desiderato que recomendamos as direções hospitalares que procurem estabelecer os parâmetros questionados, junto ao seu corpo clínico e em consonância com as respectivas comissões de ética, decidindo em seu íntimo como prioritário, a humanização do atendimento médico, não impondo a cronometragem como critério de eficiência da atenção ao paciente. Este é o meu parecer s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 17, DE 27 DE MAIO DE 1987

Estabelece normas gerais que devem orientar os procedimentos médicos nas diferentes modalidades de atendimento.

(...) RESOLVE:

Art.1º Os médicos devem abster-se, exceto nas atuações de iminente perigo de vida, de praticar qualquer ato médico quando não existirem as condições mínimas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos, que garanta o seu desempenho seguro e pleno.

Art.2º Para a prática da anestesia e dos procedimentos cirúrgicos, devem os médicos avaliar, previamente, as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato profissional se estiverem asseguradas às condições mínimas para sua realização.

Art.3º Os médicos devem recusar-se a realizar consultas e exames em situações que configurem o atentado ao pudor e privacidade do paciente, independentemente de sexo e idade.

Art.4º O médico que decidir pela não realização do ato profissional deve comunicar ao Diretor Médico (Responsável Técnico) do estabelecimento e ao paciente ou seu responsável, as razões técnicas de sua decisão, anotando-as também no prontuário ou no documento de registro apropriado.

Parágrafo único. O paciente ou seu responsável deve tomar ciência da decisão de não realização do ato profissional, por escrito, no prontuário e, em caso de recusa do paciente, deve o médico buscar duas testemunhas para o fato.

Art.5º Determinar que os médicos solicitem os procedimentos diagnósticos com ampla liberdade e justificados pelos padrões tecnicamente recomendáveis para cada situação.

Art.6º Quando estiver indicada a internação, a mesma deve ser solicitada nos formulários apropriados, independentemente da existência de vagas na Instituição, no momento da decisão.

Art.7º É da exclusiva competência do médico a prescrição da medicação adequada, a cada caso, estando recomendado o respeito à padronização adotada pelo Corpo Clínico da Instituição, desde que não acarrete prejuízo à eficácia do tratamento.

Art.8º O médico deve informar ao paciente ou a seu responsável, com clareza, as razões e objetivos de suas prescrições e decisões, bem como a evolução de sua doença.

Art.9º É responsabilidade da Instituição e de seu Diretor Médico (Responsável Técnico) promover o atendimento das recomendações médicas, bem como a orientação os esclarecimentos e a transferência dos pacientes, mediante contato prévio, quando o estabelecimento que dirige não puder oferecer acomodação (vagas) e as condições mínimas para a realização do ato médico.

Art.10. É também responsabilidade da Instituição e de seu Responsável Técnico o provimento das condições de acomodação, conforto, higiene e segurança dos pacientes no ambiente hospitalar.

Art.11. O médico deve sempre comunicar ao chefe imediato e ao Diretor Técnico, por escrito e de maneira sigilosa, as irregularidades que detectar em sua área de trabalho e, se as chefias não adotarem as providências cabíveis, o fato deve ser encaminhado à Comissão de Ética Médica da instituição e ao CREMERJ.

Art.12. O médico deve utilizar o tempo efetivamente necessário ao bom relacionamento médico-paciente e à perfeita execução do ato profissional, em todas as modalidades de atendimento.

Art.13. Recomendar que na assistência ambulatorial devam ser atendidos 12 (doze) pacientes no máximo, em jornada de 4 (quatro) horas, respeitadas as limitações em números menores, conforme as

especialidades.

Art.14. Recomendar aos médicos em cargos de Direção e Chefia que promovam reuniões científicas e técnicas, dentro da jornada contratual de trabalho, para discussão e estabelecimento de rotinas, condutas, controle e avaliação de desempenho para cada serviço ou unidade em comum acordo com as Sociedades de Especialidades filiadas à Associação Médica Brasileira. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 35, DE 27 DE FEVEREIRO DE 1991

Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes com AIDS e soropositivos.

(...) **RESOLVE:**

(...) **Art.4º** É responsabilidade do médico, da instituição e de seu Diretor Técnico garantir a preservação dos direitos das pessoas portadoras do vírus HIV.

(...) **Art.7º** É da responsabilidade da instituição pública/privada e de seu Diretor Técnico garantir e promover a internação e tratamento de portadores de AIDS, quando houver indicação clínica para tal.

Art.8º É da responsabilidade do Diretor Técnico ou Diretor Médico das instituições intermediadoras dos serviços de saúde de qualquer natureza, inclusive seguradoras, a autorização de internação, a manutenção do custeio do tratamento e a autorização para exames complementares dos pacientes associados ou segurados portadores de AIDS. (...)

PARECER CREMERJ Nº 10, DE 26 DE AGOSTO DE 1991

Duração de consulta ambulatorial e de visita médica hospitalar,
à luz da Resolução CREMERJ nº 17/87.

EMENTA: Orienta quanto a duração média de consulta ambulatorial e visita médica hospitalar em paciente de enfermaria ou quarto, baseada no Art.12 da Resolução CREMERJ nº 17/87 e Art.27 do Código de Ética Médica. Recomenda às direções hospitalares a estabelecerem parâmetros junto ao Corpo Clínico e em consonância com as respectivas Comissões de Ética para a humanização do atendimento médico, não impondo a cronometragem como critério de eficiência da atenção prestada ao paciente.

CONSULTA: Consulta solicitada com o objetivo de esclarecer dúvidas surgidas em Corpo Clínico, diante do Art.13 da Resolução CREMERJ nº 17/87, o qual permite interpretar que o tempo médio de atendimento, em assistência ambulatorial, deverá ser de 20 (vinte) minutos para cada paciente, tendo por base uma jornada de 04 (quatro) horas.

PARECER: Realmente procede a interpretação dada pelo consulente, e, certamente terão razão àqueles que se atendo, exclusivamente, aos dados numéricos e utilizando-se da aritmética e da matemática, concluírem por um tempo médio para cada consulta ou atendimento. Entretanto, sabemos todos nós, que lutamos por uma boa prática médica, que o objetivo final do ato médico não será alcançado simplesmente cronometrando-se seu tempo de duração, mas sim, e principalmente, quando

o médico dedicar ao paciente o melhor de sua capacidade profissional, no sentido de buscar um diagnóstico, o mais preciso possível, dos males que o afligem e da terapêutica necessária ao alívio ou cura desses males, utilizando, para atingir esse objetivo, o tempo que julgar necessário.

Assim, entendemos que o conteúdo do artigo e da resolução citados, recomendam apenas o número máximo de pacientes que deverão ser atendidos e não o tempo necessário a cada atendimento. Além disso, entendemos que o atendimento ou a assistência ao paciente internado, situa-se numa escala diferente do ambulatorial, uma vez que o paciente internado é visitado diariamente pelo médico, o que pode alterar, ao longo do tempo, a quantidade de tempo necessário, a um bom atendimento, para um mesmo paciente.

Para finalizar, nos reportamos também ao Parecer nº 30/90, do Conselho Federal de Medicina, aprovado em 14/09/90, onde o Conselheiro Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Relator, diz que: "o tempo de que necessita o médico em favor do seu paciente, não pode ser cronometrado" e recomenda que se busque "a humanização do atendimento médico, não impondo a cronometragem como critério de eficiência da atenção ao paciente".

Dessa forma, considerando nossa argumentação, concluímos que:

As visitas médicas hospitalares, com relação ao tempo de duração, deverão, para satisfazer a boa prática médica, seguir o disposto no Artigo 12, da Resolução CREMERJ nº 17/87, e no Artigo 27 do Código de Ética Médica, que dizem respectivamente:

"O médico deve utilizar o tempo efetivamente necessário ao bom relacionamento médico-paciente e à perfeita execução do ato profissional, em todas as modalidades de atendimento".

"É direito do médico: Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente". É o parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 160, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Atendimento ao adolescente no setor de emergência hospitalar.

INTERESSADOS: Pediatras do Corpo Clínico e Chefia do Serviço de Pediatria do Hospital Municipal Salgado Filho

EMENTA: Considera-se que o atendimento médico ao adolescente deve ser feito, prioritariamente, pelo Pediatra, em locais com estrutura adequada às peculiaridades deste grupo etário. E, ainda, que as unidades devem disponibilizar, aos médicos que desejarem, a possibilidade de aperfeiçoamento de sua competência para atendimento a esses pacientes.

CONSULTA: Consultas encaminhadas pelos Pediatras do Corpo Clínico e pela Chefia do Serviço de Pediatria do Hospital Municipal Salgado Filho, acerca da responsabilidade do Pediatra em relação ao atendimento emergencial do adolescente.

PARECER: A Câmara Técnica de Pediatria do CREMERJ considera importante tecer algumas considerações para, ao final, emitir seu parecer:

1. A infância e a adolescência apresentam como peculiaridades comuns os processos de crescimento e desenvolvimento, o que exige do médico que atende aos pacientes desta faixa etária um conhecimento especializado e metodologias de atendimento próprias, sendo o Pediatra o profissional com formação e conhecimento deste processo;

2. A legislação brasileira - Lei n. 8.069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente - considera criança a pessoa até doze anos incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos.

3. A Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, no entanto, recomenda a adoção do conceito de maior abrangência adotado pela Organização Mundial de Saúde, que vai ao encontro da Portaria n. 980/89 do Ministério da Saúde, que prevê o atendimento de pacientes na faixa etária dos 10 aos 19 anos.

4. As Resoluções CFM n. 1.634/02 e n. 1.666/03 não definem a Medicina do Adolescente como especialidade médica, e sim como área de atuação da Pediatria, o que permite aos pediatras prestarem atendimento a adolescentes;

5. O atendimento e a ocupação de leitos hospitalares pelo adolescente necessitam de espaço adequado, respeitando-se as peculiaridades deste grupo etário, conforme expresso na Lei n. 8.069/90, que garante a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, crenças e objetos pessoais e, ainda, o direito de serem acompanhados, em tempo integral, pelos pais ou responsáveis. Cita-se, ainda, a Lei n. 11.108/05 que oferece à parturiente o direito de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

Face ao exposto, conclui-se que:

1. O atendimento médico do adolescente, em todos os níveis de atenção, deverá ser efetuado, prioritariamente, pelo Pediatra.

2. Os estabelecimentos que prestam atendimento, em qualquer nível de atenção, a adolescentes, deverão possibilitar que ele seja realizado em locais com estrutura adequada às peculiaridades exigidas pelos pacientes deste grupo etário.

3. Recomenda-se que nessas unidades seja disponibilizada, aos médicos que desejarem aperfeiçoar sua competência quanto ao atendimento a adolescentes, a possibilidade de reciclagem de conhecimentos e habilidades, através de cursos, seminários, estágios e outras medidas adequadas a este fim. É o parecer, s. m. j.

Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica deverá ser criada através de eleições diretas, sob a supervisão do CREMERJ, com poderes delegados de fiscalização do exercício ético da Medicina.

As diretrizes gerais para a criação da Comissão de Ética Médica em entidades prestadoras de assistência médica foram normatizadas pelas Resoluções do CREMERJ nº 02/84, 03/84, 42/92, 43/92, 74/94 e 107/96 e pela Resolução CFM nº 1.657/2002.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.657, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002

Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

Revoga-se a Resolução CFM nº 1.215/85.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução. (...)

PARECER CFM Nº 20, DE 13 DE MAIO DE 2005

EMENTA: Candidatos às eleições para composição das Comissões de Ética inscrevem-se individualmente, mas podem se agrupar em “chapas” para efeito de divulgação no período pré-eleitoral; se não estiverem agrupados em “chapas”, os nomes a serem sufragados por cada eleitor devem ser suficientes para completar a comissão local, nos termos da Resolução CFM nº 1.657/02. Se após o escrutínio não se completar a comissão, novas eleições complementares serão convocadas. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 02, DE 09 DE MAIO DE 1984

Cria Comissões de Ética em todos os estabelecimentos hospitalares e em outras pessoas jurídicas que exerçam a Medicina, através de eleições diretas, sob a supervisão do CREMERJ.

(...) **RESOLVE:**

Criar Comissões de Ética em todos os estabelecimentos hospitalares e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina no Estado do Rio de Janeiro, através de eleições diretas, sob a supervisão do CREMERJ, com poderes delegados de fiscalização do exercício ético da Medicina. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 03, DE 25 DE JULHO DE 1984

Regulamenta a Resolução CREMERJ nº 02/84 e cria normas para a organização, funcionamento e eleição das Comissões de Ética Médica.

(...) **RESOLVE:**

CAPÍTULO I

DA ORGANIZAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Art.1º O CREMERJ organizará e manterá, na área de sua jurisdição, atividade de fiscalização do desempenho ético da Medicina, por meio de Comissões de Ética Médica, que estarão subordinadas a este Conselho.

Art.2º Os médicos, membros das Comissões eleitas, receberão um cartão de identificação funcional com prazo de validade determinado, assinado pelo Presidente do CREMERJ.

Art.3º Os médicos eleitos exercerão suas funções pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser reeleitos. (...)

CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA

Art.5º Compete à Comissão de Ética Médica:

a) Fiscalizar:

1 - o exercício ético da profissão de médico na instituição onde funciona a Comissão;

2 - as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desempenho técnico e moral da Medicina;

3 - a obediência aos princípios que regulamentam os preceitos legais dos direitos dos médicos, e

4 - a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes.

b) manter atualizado o cadastramento de todos os médicos que trabalham na instituição onde funciona a Comissão;

c) comunicar ao CREMERJ o exercício ilegal da Medicina;

d) comunicar ao CREMERJ as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos exigidos em lei;

e) acompanhar e colaborar com o CREMERJ na verificação das condições técnicas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide seja exercida a Medicina;

f) colaborar com o CREMERJ na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Deontologia Médica.

CAPÍTULO III

DAS NORMAS E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS CEMs

Art.6º Para exercer as atribuições de suas funções, os membros da Comissão de Ética Médica receberão do CREMERJ, no ato de investidura, o seu cartão de identidade funcional.

Art.7º Quando constatadas evidências de infração à lei ou a dispositivos éticos vigentes, a Comissão de Ética Médica comunicará o fato imediatamente ao CREMERJ.

Parágrafo único - A comunicação a que se refere o caput do presente artigo será feita em duas vias, sendo que a primeira ficará com a Comissão de Ética Médica e a segunda com o CREMERJ.

Art.8º Deverá a Comissão de Ética Médica elaborar, sempre que necessários ou solicitados, relatórios sobre as atividades desenvolvidas na instituição sob a sua jurisdição.

Art.9º A Comissão de Ética Médica far-se-á representar pelo menos por um de seus membros, nas

convocações feitas pelo CREMERJ.

Art.10. Os membros efetivos das Comissões de Ética Médica poderão solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos da Comissão.

Art.11. Os membros das CEMs receberão, além da credencial do CREMERJ, todo o apoio necessário para o bom e fiel exercício do seu mandato.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES DAS CEMs

Art.12. A escolha para os membros das Comissões de Ética Médica será realizada sob a forma de eleição em chapas distintas.

(...) **Art.14.** A convocação das eleições para as Comissões de Ética Médica será feita por Edital a ser divulgado com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, por intermédio de comunicação oficial do CREMERJ.

Art.15. As datas para a realização das eleições serão fixadas pelo CREMERJ.

(...) **Art.17.** O CREMERJ designará uma Comissão Eleitoral composta por 3 (três) membros, médicos, presidida por um membro do Conselho para a coordenação e supervisão do processo eleitoral.

Art.18. As Chapas inscritas poderão indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Parágrafo único - Os fiscais inscritos receberão credenciais na Secretaria do CREMERJ.

Art.19. O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral, através de livro-ata, devidamente rubricado e numerado pelo Presidente do CREMERJ, onde constarão anotados todos os fatos pertinentes ao mesmo.

Art.20. A apuração do resultado da eleição será realizada em local a ser determinado pelo Presidente da Comissão sob a supervisão e coordenação do CREMERJ.

Art.21. Todo material necessário para a realização da votação será fornecido pelo CREMERJ.

Art.22. O Presidente da Comissão Eleitoral, considerando as conveniências e condições do local onde se realizará a eleição, e ouvidas as Chapas inscritas, determinará a duração da votação, que será de no mínimo 3 (três) e no máximo de 7 (sete) dias.

Art.23. Considerar-se-á eleita a Chapa que obtiver a maioria dos votos válidos.

Art.24. Não serão computadas as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Art.25. Após a apuração, o Presidente da Comissão de Eleição proclamará o resultado, fazendo lavrar a competente Ata, que deverá ser assinada por todos os componentes da Comissão Eleitoral, escrutinadores e fiscais que hajam funcionado no pleito.

Art.26. Tão logo sejam homologados os respectivos resultados pelo CREMERJ, serão empossados os eleitos, escolhidos na forma desta Resolução.

Art.27. Os casos omissos ou dúvidas serão decididos pelo Presidente da Comissão Eleitoral, na conformidade dos princípios gerais de Direito, *ad referendum* do CREMERJ. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 42, DE 16 DE MAIO DE 1992

Regulamenta a participação de médicos residentes nas Comissões de Ética Médica.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º As Comissões de Ética Médica instaladas nos estabelecimentos hospitalares e outras pessoas

jurídicas em que se exerça a Medicina, na conformidade das Resoluções nº 02 e nº 03/84 do CREMERJ, terão na sua composição a participação de 02 (dois) médicos residentes, sendo um efetivo e um suplente. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 43, DE 27 DE ABRIL DE 1992

Altera a redação dos artigos 4º, 13 e 16 da Resolução CREMERJ nº 03/84.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O Art.4º da Resolução CREMERJ nº 03/84, de 25 de julho de 1984, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.4º - As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas sedes de todos os estabelecimentos hospitalares e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide seja exercida a Medicina, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) 03 (três) membros efetivos e 01 (um) membro suplente, quando a instituição tiver entre 10 (dez) e 20 (vinte) médicos;
- b) 03 (três) membros efetivos e 03 (três) membros suplentes, quando a instituição tiver entre 21 (vinte e um) e 50 (cinquenta) médicos;
- c) 05 (cinco) membros efetivos e 05 (cinco) membros suplentes, quando a instituição tiver entre 51 (cinquenta e um) e 100 (cem) médicos;
- d) 07 (sete) membros efetivos e 07 (sete) membros suplentes, quando a instituição tiver mais de 101 (cento e um) médicos.

§1º Nas instituições em que houver menos de 10 (dez) médicos não haverá Comissão de Ética Médica.

§2º Para efeito de aplicação desta Resolução serão considerados médicos de uma instituição:

- a) aquele que for servidor público e que esteja lotado na unidade em que funcionará a respectiva CEM;
- b) aquele que exercendo a atividade médica regularmente na instituição onde funcionará a CEM, e com esta mantiver algum vínculo em que haja reciprocidade de obrigação, e
- c) aquele que mantiver vínculo empregatício com a instituição em que funcionará a respectiva CEM.”

Art.2º O Art. 13 da Resolução CREMERJ nº 03/84, de 25 de julho de 1984, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.13 Só poderão votar e ser eleitos para as Comissões de Ética Médica os médicos quites e inscritos primariamente na jurisdição do CREMERJ e que estejam exercendo sua atividade profissional na instituição onde funcionará a referida Comissão, respeitando o disposto no Art. 4º e seus parágrafos.”

Art.3º O Art. 16 da Resolução CREMERJ nº 03/84, de 25 de julho de 1984, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.16 As inscrições das chapas serão feitas na Secretaria do CREMERJ ou nas Delegacias, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data da eleição pela ordem de inscrição.”

Parágrafo único - A inscrição será aceita quando for assinada por todos os membros da chapa e por número igual de médicos da Unidade.

Art.4º Os demais artigos da Resolução CREMERJ nº 03/84, de 25 de julho de 1984, permanecem com sua redação original inalterada. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 74, DE 30 DE MARÇO DE 1994

Dá nova redação ao artigo 4º da Resolução CREMERJ nº 03/84, alterado pela Resolução CREMERJ nº 43/92.

(...) RESOLVE:

Art.1º O artigo 4º da Resolução CREMERJ nº 03, de 25 de julho de 1984, alterado pelo artigo 1º da Resolução CREMERJ nº 43, de 27 de abril de 1992, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas sedes de todos os estabelecimentos hospitalares e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide seja exercida a Medicina, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a - 02 (dois) membros efetivos e 01(um) membro suplente, quando a instituição tiver entre 10 (dez) e 20 (vinte) médicos;

b - 02 (dois) membros efetivos e 02 (dois) membros suplentes, quando a instituição tiver entre 21 (vinte e um) e 50 (cinquenta) médicos;

c - 03 (três) membros efetivos e 03 (três) membros suplentes, quando a instituição tiver 51 (cinquenta e um) e 100 (cem) médicos, e

d - 04 (quatro) membros efetivos e 04 (quatro) membros suplentes, quando a instituição tiver mais de 101 (cento e um) médicos.

§1º Nas instituições em que houver menos de 10 (dez) médicos não haverá Comissão de Ética Médica.

§2º Para efeito de aplicação desta Resolução será considerado médico de uma instituição:

a - aquele que for servidor público e que esteja lotado na unidade em que funcionará a respectiva CEM;

b - aquele que exercendo a atividade médica regularmente na instituição onde funcionará a CEM, e com esta mantiver algum vínculo em que haja reciprocidade de obrigações, e

c - aquele que mantiver vínculo empregatício com a instituição em que funcionará a respectiva CEM.”

Art.2º Os demais artigos das Resoluções CREMERJ nº 03, de 25 de julho de 1984, e 43, de 27 de abril de 1992, permanecem com sua redação original inalterada. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 107, DE 01 DE JUNHO DE 1996

Altera a redação dos artigos das Resoluções CREMERJ nº 03/84 e nº 74/94.

(...) RESOLVE:

Art.1º O Art. 3º da Resolução CREMERJ nº 03/84, de 25 de julho de 1984, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.3º Os médicos eleitos exercerão suas funções pelo período de 36 (trinta e seis) meses, podendo ser reeleitos.”

Art.2º O Parágrafo 2º do Art. 1º da Resolução CREMERJ nº 74/94 passará a vigorar com a seguinte redação:

“§2º Para efeito de aplicação desta Resolução será considerado médico de uma Instituição de Saúde:

a- aquele que prestar serviço nesta instituição sob qualquer relação de trabalho;

b- aquele que esteja aposentado e reconhecidamente tenha sido membro da Instituição;
c- os Médicos Residentes serão regidos segundo o disposto na Resolução CREMERJ nº 42/92.”

Art.3º O Art. 13 da Resolução CREMERJ nº 03/84, alterado pelo Art.2º da Resolução CREMERJ nº 43/92, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.13. Só poderão ser eleitos para as CEM's os médicos quites e inscritos primariamente na jurisdição do CREMERJ, e que não estiverem respondendo a processo ético-profissional.”

Art.4º A COCEM poderá instituir instâncias internas de deliberação, para dar assessoramento aos assuntos pertinentes a sua área de atuação.

Parágrafo único - Os membros dessas câmaras poderão ser Conselheiros ou Membros das CEM's.

Art.5º O Artigo 22 da Resolução CREMERJ nº 03/84, passa a vigorar com a seguinte redação: “As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas com a duração de no mínimo 01 (um) e no máximo de 03 (três) dias, a critério da COCEM.” (...)

Comissão de Revisão de Óbito e o Atestado de Óbito

O Atestado de Óbito ou Declaração de Óbito (D. O.) é um documento público, através do qual o médico profere uma declaração, escrita e assinada, sobre a *causa mortis* de alguém.

O preenchimento e execução da declaração de óbito são ato médico, cuja responsabilidade preferencial é do médico que tenha pleno ou provável conhecimento das causas que produziram a morte.

O seu preenchimento correto é uma obrigação inalienável de seu subscritor, posto que pode criar, alterar ou extinguir direitos de outras pessoas. É dever legal do médico anotar no atestado a causa básica da morte e depois as suas conseqüências. Não há, nesse caso, violação do segredo profissional, vez que a referência da causa da morte no atestado enquadra-se como dever legal do médico e, portanto, dentro das hipóteses de exceção previstas no artigo 154 do Código Penal e 102 do Código de Ética Médica.

O médico não pode atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal, bem como deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta. (Art. 114 e 115 do Código de Ética Médica).

As estatísticas de mortalidade constituem instrumento de grande valor em epidemiologia, demografia e administração sanitária. Todavia, é sempre citado o fato de que nem sempre são fidedignas, principalmente no que diz respeito à causa de morte. As estatísticas podem ser apresentadas de várias maneiras, entre outras, segundo sexo, idade, local, evolução no tempo etc., constituindo, entretanto, a causa de morte o seu aspecto mais importante, o que se compreende facilmente.

O fato de nem sempre, nos currículos das Escolas Médicas, ser dada a devida atenção à importância do correto preenchimento da causa do óbito é invocado, freqüentemente, como justificativa.

Realmente, não raro, ocorre que o médico se depara, pela primeira vez, com um atestado de óbito, no momento em que se vê na contingência real de preenchê-lo. Passa então a ver este documento somente como uma exigência legal, com vistas à finalidade de sepultamento, poucas vezes compreendendo a importância que as informações nele registradas têm para a saúde pública.

A família de todo cidadão que vier a falecer em domicílio ou em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado, tem o direito de receber gratuitamente o documento. Conforme determina o artigo 78 da Lei nº 6.015, de Registros Públicos, de 31 de dezembro de 1973: “nenhum sepultamento será feito sem certidão oficial do registro do lugar do falecimento, extraída após lavratura do assento do óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.”

Quando a pessoa que faleceu não tiver sido assistida por nenhum médico e o óbito for devido a uma causa natural (doença), a Declaração de Óbito deverá ser emitida conforme determina a Resolução nº 550, de 23 de janeiro de 1990:

“Art. 1º - Em consonância com os artigos 114 e 115 do atual Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.246 de 08 de janeiro de 1988), caberá ao médico plantonista ou substituto atestar o óbito de todo paciente que venha a falecer por causa natural a caminho ou nas dependências do Pronto-Socorro ou ambulatório público ou privado, devendo, previamente, através de informações prestadas por acompanhante do falecido, tentar contato com o médico que assistia ao enfermo visando obter elementos para o esclarecimento da causa mortis”.

“Art. 2º - Esgotadas todas as tentativas de se determinar a causa básica da morte e não havendo suspeita de Óbito por causa violenta (acidente, homicídio, ou suicídio), deverá ser declarada na parte I do atestado médico Causa Indeterminada”.

Quando tratar-se de morte devido a uma causa violenta (acidente, homicídio ou suicídio), ou com suspeita de violência, o corpo deverá ser recolhido ao Instituto Médico Legal (IML), onde deverá ser feita a necropsia e emitida a Declaração de Óbito.

Após a emissão da Declaração de Óbito, em 03 vias, a 1ª e a 2ª deverão ser entregues à família para que a mesma leve o documento ao Cartório de Registro Civil mais próximo do local de ocorrência do óbito para que, então, seja feito o registro. Este registro é gratuito (de acordo com a Lei nº 9.534, de 11 de dezembro de 1997) e gera a “Certidão de Óbito”. A “Certidão de Óbito” junto com a “Guia de Sepultamento”, que também é dada pelo Cartório, são os documentos com valor legal e com os quais a família deverá providenciar o sepultamento e todas as outras providências que sejam necessárias.

Quanto à 3ª via (rosa) os Estabelecimentos de Saúde, IML e médico que ateste óbito em domicílio, deverão encaminhá-la à Secretaria Municipal de Saúde no Município onde estejam situados (Resolução SES nº 1.974, de 09 de dezembro de 2002.).

O problema referente às implicações jurídicas da morte está fundamentalmente ligado ao conceito desse evento vital, e conseqüente consideração do que se entende por cadáver, quando começa e quando termina sua existência. Ligado ainda a esse assunto surge o problema de se saber, visto que “nenhum enterramento pode ser feito sem certidão oficial do cartório, extraído após a lavratura do assento de óbito feito à vista do atestado médico” (Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6.015, de 31/12/73), qual a obrigatoriedade desse profissional em fornecer o atestado. (LAURENTI, Ruy, JORGE,

Maria Helena P. de Mello. *O atestado de óbito*. 2004).

LEI Nº 6.015, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1973

Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências.

(...) CAPÍTULO IX Do Óbito

Art.77 - Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

§2º A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

Art.78. Na impossibilidade de ser feito o registro dentro de 24 (vinte e quatro) horas do falecimento, pela distância ou qualquer outro motivo relevante, o assento será lavrado depois, com a maior urgência, e dentro dos prazos fixados no artigo 50.

Art.79. São obrigados a fazer declaração de óbitos:

- 1º) o chefe de família, a respeito de sua mulher, filhos, hóspedes, agregados e fâmulos;
- 2º) a viúva, a respeito de seu marido, e de cada uma das pessoas indicadas no número antecedente;
- 3º) o filho, a respeito do pai ou da mãe; o irmão, a respeito dos irmãos e demais pessoas de casa, indicadas no nº 1; o parente mais próximo maior e presente;
- 4º) o administrador, diretor ou gerente de qualquer estabelecimento público ou particular, a respeito dos que nele faleceram, salvo se estiver presente algum parente em grau acima indicado;
- 5º) na falta de pessoa competente, nos termos dos números anteriores, a que tiver assistido aos últimos momentos do finado, o médico, o sacerdote ou vizinho que do falecimento tiver notícia;
- 6º) a autoridade policial, a respeito de pessoas encontradas mortas.

Parágrafo único. A declaração poderá ser feita por meio de preposto, autorizando-o o declarante em escrito, de que constem os elementos necessários ao assento de óbito.

Art.80. O assento de óbito deverá conter:

- 1º) a hora, se possível, dia, mês e ano do falecimento;
- 2º) o lugar do falecimento, com indicação precisa;
- 3º) o prenome, nome, sexo, idade, cor, estado, profissão, naturalidade, domicílio e residência do morto;
- 4º) se era casado, o nome do cônjuge sobrevivente, mesmo quando desquitado; se viúvo, o do cônjuge pré-defunto; e o cartório de casamento em ambos os casos;
- 5º) os nomes, prenomes, profissão, naturalidade e residência dos pais;
- 6º) se faleceu com testamento conhecido;
- 7º) se deixou filhos, nome e idade de cada um;
- 8º) se a morte foi natural ou violenta e a causa conhecida, com o nome dos atestantes;
- 9º) lugar do sepultamento;
- 10º) se deixou bens e herdeiros menores ou interditos;

11º) se era eleitor.

12º) (Vide Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001)

Art.81. Sendo o finado desconhecido, o assento deverá conter declaração de estatura ou medida, se for possível, cor, sinais aparentes, idade presumida, vestuário e qualquer outra indicação que possa auxiliar de futuro o seu reconhecimento; e, no caso de ter sido encontrado morto, serão mencionados esta circunstância e o lugar em que se achava e o da necropsia, se tiver havido. Parágrafo único. Neste caso, será extraída a individual dactiloscópica, se no local existir esse serviço.

Art.82. O assento deverá ser assinado pela pessoa que fizer a comunicação ou por alguém a seu rogo, se não souber ou não puder assinar.

Art.83. Quando o assento for posterior ao enterro, faltando atestado de médico ou de duas pessoas qualificadas, assinarão, com a que fizer a declaração, duas testemunhas que tiverem assistido ao falecimento ou ao funeral e puderem atestar, por conhecimento próprio ou por informação que tiverem colhido, a identidade do cadáver.

Art.84. Os assentos de óbitos de pessoas falecidas a bordo de navio brasileiro serão lavrados de acordo com as regras estabelecidas para os nascimentos, no que lhes for aplicável, com as referências constantes do artigo 80, salvo se o enterro for no porto, onde será tomado o assento.

Art.85. Os óbitos, verificados em campanha, serão registrados em livro próprio, para esse fim designado, nas formações sanitárias e corpos de tropas, pelos oficiais da corporação militar correspondente, autenticado cada assento com a rubrica do respectivo médico chefe, ficando a cargo da unidade que proceder ao sepultamento o registro, nas condições especificadas, dos óbitos que se derem no próprio local de combate.

Art.86. Os óbitos a que se refere o artigo anterior, serão publicados em boletim da corporação e registrados no registro civil, mediante relações autenticadas, remetidas ao Ministério da Justiça, contendo os nomes dos mortos, idade, naturalidade, estado civil, designação dos corpos a que pertenciam, lugar da residência ou de mobilização, dia, mês, ano e lugar do falecimento e do sepultamento para, à vista dessas relações, se fizerem os assentamentos de conformidade com o que a respeito está disposto no artigo 66.

Art.87. O assentamento de óbito ocorrido em hospital, prisão ou outro qualquer estabelecimento público será feito, em falta de declaração de parentes, segundo a da respectiva administração, observadas as disposições dos artigos 80 a 83; e o relativo a pessoa encontrada acidental ou violentamente morta, segundo a comunicação, ex officio, das autoridades policiais, às quais incumbe fazê-la logo que tenham conhecimento do fato.

Art.88. Poderão os Juizes togados admitir justificação para o assento de óbito de pessoas desaparecidas em naufrágio, inundação, incêndio, terremoto ou qualquer outra catástrofe, quando estiver provada a sua presença no local do desastre e não for possível encontrar-se o cadáver para exame.

Parágrafo único. Será também admitida a justificação no caso de desaparecimento em campanha, provados a impossibilidade de ter sido feito o registro nos termos do artigo 85 e os fatos que convençam da ocorrência do óbito. (...)

LEI Nº 8.501, DE 30 DE NOVEMBRO DE 1992

Dispõe sobre a utilização de cadáver não-reclamado, para fins de estudos ou pesquisas científicas.

(...) **Art.1º** Esta lei visa disciplinar a destinação de cadáver não reclamado junto às autoridades públicas, para fins de ensino e pesquisa.

Art.2º O cadáver não-reclamado junto às autoridades públicas, no prazo de trinta dias, poderá ser destinado às escolas de medicina, para fins de ensino e de pesquisa de caráter científico.

Art.3º Será destinado para estudo, na forma do artigo anterior, o cadáver: I - sem qualquer documentação; II - identificado, sobre o qual inexistem informações relativas a endereços de parentes ou responsáveis legais.

§1º Na hipótese do inciso II deste artigo, a autoridade competente fará publicar, nos principais jornais da cidade, a título de utilidade pública, pelo menos dez dias, a notícia do falecimento.

§2º Se a morte resultar de causa não natural, o corpo será, obrigatoriamente, submetido à necropsia no órgão competente.

§3º É defeso encaminhar o cadáver para fins de estudo, quando houver indício de que a morte tenha resultado de ação criminosa.

Art.4º Para fins de reconhecimento, a autoridade ou instituição responsável manterá, sobre o falecido: a) os dados relativos às características gerais; b) a identificação; c) as fotos do corpo; d) a ficha datiloscópica; e) o resultado da necropsia, se efetuada; e f) outros dados e documentos julgados pertinentes.

Art.5º Cumpridas as exigências estabelecidas nos artigos anteriores, o cadáver poderá ser liberado para fins de estudo.

Art.6º A qualquer tempo, os familiares ou representantes legais terão acesso aos elementos de que trata o §4º do art. 3º desta lei. (...)

RESOLUÇÃO SES Nº 550, DE 23 DE JANEIRO DE 1990

Dispõe sobre a expedição de Atestado de Óbito de pacientes que venham falecer por causa natural a caminho ou nas dependências de Pronto-Socorro ou Ambulatório público ou privado.

O Secretário de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de melhorar a qualidade das informações para o diagnóstico de saúde da população do nosso Estado, obtido através das declarações constantes dos Atestados de Óbito,

RESOLVE:

Art.1º Em consonância com os artigos 114 e 115 do atual Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988), caberá ao médico plantonista ou substituto atestar o óbito de todo paciente que venha a falecer por causa natural a caminho ou nas dependências de Pronto-Socorro ou ambulatório público ou privado, devendo, previamente, através de informações prestadas por acompanhante do falecido, tentar contato com o médico que assistia ao enfermo visando obter elementos para o esclarecimento da *causa mortis*.

Art.2º Esgotadas todas as tentativas de se determinar a causa básica da morte e não havendo suspeita de óbito por causa violenta (acidente, homicídio ou suicídio), deverá ser declarada na parte I do atestado médico Causa Indeterminada.

Art.3º Em caso de suspeita pelo plantonista de morte por causa violenta, o fato deverá ser comunicado imediatamente à Autoridade Policial da Circunscrição para ciência e encaminhamento do corpo ao Instituto Médico-Legal.

Art.4º Na hipótese de morte por causa natural sem assistência médica nas localidades onde não exista Serviço de Verificação de Óbito, poderá ela ser atestada por qualquer médico, incumbindo, entretanto, originalmente aos médicos da Secretaria de Saúde, o dever de fazê-lo.

Art.5º O médico deverá negar-se ao fornecimento da Declaração de Óbito, quando suspeitar de qualquer tipo de violência, caso em que do fato dará ciência à autoridade competente.

Art.6º Nas localidades em que não haja qualquer tipo de serviço de saúde caberá aos Cartórios de Registro Civil fornecer Declaração de Óbito firmada por duas testemunhas. (...)

RESOLUÇÃO SES Nº 1.342, DE 13 DE MAIO DE 1999

Dispõe sobre a quantificação e qualificação das informações sobre causas de morte ocorridas em Unidade de Saúde Pública e Privada, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

(...) **CONSIDERANDO** a necessidade de melhor quantificar e qualificar as informações sobre causas de morte ocorridas em Unidade de Saúde, Pública e Privada, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;

(...) **CONSIDERANDO** a Resolução de nº 40/92 do CREMERJ, de 07 de fevereiro de 1992; (...)

(...) **RESOLVE:**

(...) **Art.4º** Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito nas Unidades de Saúde que prestam atendimento de urgência/emergência e internação.

Art.5º A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade de Saúde, com a qual deverá ser discutido o resultado das avaliações.

Art.6º Tornar obrigatória a notificação à Comissão de Revisão de Óbito de todos os óbitos ocorridos na Unidade de Saúde ou assistidos fora desta, por médicos que foram designados para atendimento externo durante seu turno de trabalho.

Art.7º Compete à Comissão de Revisão de Óbito:

1. Receber e avaliar todas as notificações dos óbitos ocorridos em cada plantão no âmbito da Unidade de Saúde ou no previsto no Art. 6º e registrados em livro próprio;
2. Encaminhar os resultados da avaliação de que trata o item anterior ao órgão responsável pela gestão municipal do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a cada trimestre.

(...) **Art.10.** É expressamente proibido aos agentes funerários, proprietários e empregados de lojas fúnebres e de serviços e empresas funerárias, particulares ou contratados, terem em seu poder, ou nos respectivos estabelecimentos comerciais, os impressos de Declaração de Óbito sob pena de sua apreensão.

Art.11. A guarda dos impressos das Declarações de Óbito é de estrita responsabilidade da Unidade de Saúde. (...)

RESOLUÇÃO SES Nº 1.974, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2002

Dispõe sobre o novo fluxo para coleta de dados, processamento e Periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Fica definido o novo fluxo para coleta de dados sobre óbitos ocorridos no Estado do Rio de

Janeiro, na forma desta Resolução.

Art.2º Compete aos Estabelecimentos de Saúde Públicos ou Privados, Instituto Médico Legal - IML e/ou Posto Médico Legal:

I- Entregar à família e/ou responsável do falecido a 1ª e 2ª via da DO devidamente preenchida pelo médico atestante, para que a família e/ou responsável providencie o registro do óbito e posterior sepultamento.

II- Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde do Município - SMS em que estiver localizado estabelecimento de Saúde, IML e/ou Posto Médico Legal a 3ª via da DO, mensalmente quando da solicitação de novas cotas de DO para utilização do mês subsequente.

III- Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde do Município - SMS em que estiver localizado o Estabelecimento de Saúde, IML e/ou Posto Médico Legal, todas as vias das DOs rasuradas, mensalmente, quando da solicitação de novas cotas de DO para utilização no mês subsequente.

Art.3º Compete aos médicos que atestam óbitos ocorridos fora do ambiente hospitalar:

I) Entregar à família e/ou responsável do falecido a 1ª e 2ª via da DO devidamente preenchida pelo médico atestante, para que a família e/ou responsável providencie o registro do sepultamento.

II) Encaminhar a 3ª via da DO para a Secretaria Municipal de Saúde do Município - SMS, em que estiver credenciado para recebimento do impresso DO quando da solicitação de nova cota de DO.

III) Encaminhar todas as vias das DOs rasuradas para a Secretaria Municipal de Saúde do Município, em que estiver credenciado para recebimento do impresso DO quando da solicitação de nova cota de DO. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.641, DE 12 DE JULHO DE 2002

Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É vedado aos médicos conceder declaração de óbito em que o evento que levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não-médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato ser comunicado à autoridade policial competente a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para verificação da *causa mortis*.

Art.2º Sem prejuízo do dever de assistência, a comunicação à autoridade policial, visando o encaminhamento do paciente ao Instituto Médico Legal para exame de corpo de delito, também é devida, mesmo na ausência de óbito, nos casos de lesão ou dano à saúde induzida ou causada por alguém não-médico.

Art.3º Os médicos, na função de perito, ainda que *ad hoc*, ao atuarem nos casos previstos nesta resolução, devem fazer constar de seus laudos ou pareceres o tipo de atendimento realizado pelo não-médico, apontando sua possível relação de causa e efeito, se houver, com o dano, lesão ou mecanismo de óbito.

Art.4º Nos casos mencionados nos artigos 1º e 2º deve ser feita imediata comunicação ao Conselho Regional de Medicina local. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.779, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.
Revoga a Resolução CFM nº 1.601/2000.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art.2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO:

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art.3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.601/00.

PARECER CFM Nº 04, DE 15 DE JANEIRO DE 2003

Responsabilidade pela emissão do atestado de óbito em serviços de atendimento pré-hospitalar.

EMENTA: Os médicos dos serviços de atendimento pré-hospitalar, para efeito de emissão de declaração de óbito, poderão ser considerados assistentes ou substitutos e devem obedecer ao disposto na Resolução CFM nº 1.601/00 (revogada pela Resolução CFM nº 1.779/05).

PARECER: A emissão do atestado de óbito sempre suscitou, entre os médicos, dúvidas quanto a quem caberia a responsabilidade. Na verdade, todos sabemos que não são dúvidas, mas sim uma verdadeira repugnância de enfrentar o seu preenchimento e, por fim, assiná-lo. O que traduz esse sentimento é o que diz o adágio popular: “os médicos fogem do atestado de óbito assim como o diabo da cruz.”

É preciso perder esse medo. O professor Juarez Montanaro, da Universidade São Paulo, ensina que: “o atestado de óbito não pode ficar parecendo, por toda a vida do profissional, um gárgula monstruoso e dominador, que só quer o mal do médico. Lembremo-nos que a declaração de óbito é parte integrante do ato médico.”

O atestado de óbito é um documento que tem por objetivo confirmar a morte, determinar sua causa e fornecer dados estatísticos que possibilitem aos órgãos de Saúde Pública a elaboração de políticas de saúde.

Como se pode perceber, é um documento importantíssimo para o planejamento, pois trás no seu bojo o diagnóstico/perfil de uma determinada comunidade. Daí a importância de seu correto preenchimento, tantas vezes relegado por alguns.

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina publicou resolução normativa sobre a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito. (...)

Com relação à consulta do Dr. R.K.T., a dúvida principal é a responsabilidade do médico que atua em serviços de transporte, remoção, emergência e urgência domiciliar. Esse tipo de serviço foi regulamentado pela Resolução CFM nº 1.529/98, que em seu artigo 1º o conceitua como sendo: “um serviço médico e sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico”. Portanto, o médico que atua nesse tipo de serviço, ao se deslocar para realizar qualquer atendimento, já dispõe de algumas informações prévias a respeito do quadro do paciente que irá atender, pois essas deverão obrigatoriamente ser informadas à Central de Regulação, antes do envio da ambulância.

Toda nova atividade médica realmente pode trazer dúvidas. Para melhor esclarecimento, faremos a seguinte comparação: quando da instalação dos serviços de terapia intensiva nos hospitais, muitas peijas foram estabelecidas entre os médicos para definir de quem seria a responsabilidade no fornecimento do atestado de óbito do paciente que falecia nas recentes criadas Unidades de Terapia Intensiva. Naquela época, isso ocorreu pelo fato deste ser um novo tipo de assistência prestada aos pacientes internados nos leitos comuns dos hospitais, e que já tinham o seu médico responsável.

Para dirimir as dúvidas e a fuga de responsabilidade, o CFM se pronunciou através do Parecer nº 09/85, de 12 de abril de 1985, cuja ementa transcrevo *in totum*:

“Quando o paciente falecer nas instalações de UTI, ao médico plantonista de UTI cabe a incumbência do fornecimento da Declaração de Óbito.”

Fazendo-se uma analogia entre os serviços de atendimento pré-hospitalar e os serviços de UTI, ao médico do atendimento pré-hospitalar caberá o fornecimento do atestado de óbito, só não o fazendo em caso de violência ou suspeita desta.

A meu ver, o fato de o paciente estar em sua casa, na ambulância ou no hospital é questão topográfica e não médica. Nesse tipo de serviço, mesmo com suas particularidades, é possível determinar a causa do óbito. Através de informações prestadas à central reguladora/APH, pela família ou mesmo hospital

(ambulância de *Home Care*), ao exame *in loco* do doente ou qualquer outro meio disponível.

CONCLUSÃO: Médicos que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar estarão isentos de fornecer o atestado de óbito quando o óbito for decorrente de causa externa ou mesmo suspeita, circunstância em que deverá dar ciência à autoridade competente ou, quando não tiver condições de estabelecer a *causa mortis*, enviar o caso para o Serviço de Verificação de Óbito, onde houver.

Portanto, para efeito de emissão de atestado de óbito os médicos desses serviços serão considerados médicos assistentes ou substitutos e devem obedecer ao que dispõe a Resolução CFM nº 1.601/2000 (revogada pela Resolução CFM nº 1.779/05). É o parecer que submeto à apreciação do Plenário do Conselho Federal de Medicina.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 40, DE 07 DE FEVEREIRO DE 1992

Dispõe sobre a Comissão de Revisão de Óbito em estabelecimentos hospitalares.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todos os estabelecimentos hospitalares.

Art.2º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo que a Unidade julgar adequado.

Art.3º A não existência na Instituição de serviço de Anatomia Patológica não exclui o trabalho da Comissão de Revisão de Óbito.

Art.4º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, laudos do Instituto Médico Legal.

Art.5º A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade, com a qual deverá ser discutido os resultados das avaliações. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 216, DE 03 DE ABRIL DE 2006

Dispõe sobre o envio de informações médico-hospitalares com os cadáveres encaminhados aos Institutos Médico-Legais e Serviços de Verificação de Óbito para realização de necropsia.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Determinar que os estabelecimentos assistenciais de saúde, ao enviarem cadáveres aos Institutos Médico-Legais/Serviços de Verificação de Óbito para realização de necropsia, os façam acompanhar da respectiva “Ficha de Informações Médicas para Realização de Necropsia”.

Art.2º O Diretor Técnico das unidades assistenciais de saúde é o responsável por fazer cumprir a determinação aqui estabelecida.

Art.3º O não cumprimento da presente Resolução configura-se como infração ética.

Art.4º Aprovar o modelo anexo de “Ficha de Informações Médicas para Realização de Necropsia”, que integra a presente Resolução. (...)

PARECER CREMERJ Nº 92, DE 01 DE JANEIRO DE 2000

Questões relativas a atestado de óbito fornecido por médico ao paciente não atendido em vida.

EMENTA: Afirma que não houve intimidação para o médico fornecer o atestado de óbito, o que, se confirmado, representaria violação ao art. 114 do Código de Ética Médica.

CONSULTA: Solicitação de esclarecimentos sobre episódio ocorrido com o requerente no qual ele relata ter sido coagido, sob pena de demissão, a fornecer atestado de óbito a paciente que nunca havia atendido em vida.

PARECER: O Dr. P.A.T.G. dirige-se ao CREMERJ informando ter sido obrigado a dar atestado de óbito para paciente que nunca atendera em vida, sob ameaça de demissão caso não o fizesse.

O Dr. P.A. encaminha, em anexo à sua correspondência, a carta dirigida a ele pelo Sr. Secretário Municipal de Saúde de São João da Barra, na qual este apresenta duas testemunhas que comprovam que a morte do paciente deveu-se a causas naturais. Uma das testemunhas é membro do Conselho Municipal de Saúde e a outra Presidente de uma Associação local.

Não existe, na referida carta, intimação para que o Dr. P.A. fornecesse o atestado, o que poderia caracterizar infração ao artigo cento e quatorze do Código de Ética Médica, que reza ser vedado ao médico:

"Art.114 Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal."

PARECER CREMERJ Nº 101, DE 26 DE JULHO DE 2002

Obrigatoriedade de médicos obstetras fornecerem declaração de óbito para todas as perdas fetais com peso abaixo de 500 gramas.

EMENTA: Assinala que o preenchimento de declaração de óbito, nos casos de perdas fetais abaixo de 500 gramas, não acarreta problemas para o médico. Opina que no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro podem ser acatados os preceitos da Recomendação Administrativa nº 1 de 2000. (...)

PARECER CREMERJ Nº 120, DE 08 DE JANEIRO DE 2003

Questões relativas a óbito lavrado com *causa mortis* indeterminada.

EMENTA: Esclarece que de acordo com a legislação em vigor a "causa indeterminada" pode ser declarada no atestado de óbito, desde que não seja o caso de morte violenta ou suspeita. Expõe que esta declaração não impede o pagamento de seguro de vida aos beneficiários do de *cujus* e conclui que uma vez ocorrido o evento, a Seguradora tem o dever de indenizar os beneficiários do seguro, sem questionar a *causa mortis*.

CONSULTA: O Consultente, por trabalhar diretamente com necropsias de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), solicita saber se os atestados de óbito lavrados com *causa mortis* "indeterminada"

impedem o pagamento de seguro de vida aos familiares do “de *cujus*”, por parte das Seguradoras, quando os mesmos fazem jus.

PARECER: O Código Civil Brasileiro dispõe sobre o seguro de vida, como pode ser observado nos seguintes artigos:

“Art. 1.432 Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizá-la do prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato.”

“Art. 1.440 A vida e as faculdades humanas também se podem estimar como objeto segurável, e segurar, no valor ajustado, contra os riscos possíveis, como o de morte involuntária, inabilitação para trabalhar, ou outros semelhantes.”

Parágrafo único. Considera-se morte voluntária a recebida em duelo, bem como o suicídio premeditado por pessoa em seu juízo.

“Art. 1.471 O seguro de vida tem por objeto garantir, mediante o prêmio anual que se ajustar, o pagamento de certa soma a determinada ou determinadas pessoas, por morte do segurado, podendo estipular-se igualmente o pagamento dessa soma ao próprio segurado, ou terceiro, se aquele sobreviver ao prazo de seu contrato.” (...)

A Resolução nº 550, de 23 de janeiro de 1990, da Secretaria de Estado de Saúde, em seu artigo 2º reza:

“Art. 2º Esgotadas todas as tentativas de se determinar a causa básica da morte e não havendo suspeita de óbito por causa violenta (acidente, homicídio ou suicídio), deverá ser declarada na parte I do atestado médico Causa Indeterminada.”

Portanto, de acordo com a legislação em vigor, a causa indeterminada pode ser declarada no atestado de óbito, desde que não seja o caso de morte violenta ou suspeita. Contudo, esta declaração não impede o pagamento de seguro de vida aos beneficiários do *de cujus*, uma vez que o risco futuro assumido pela Companhia de Seguro é a morte, que é um evento certo e determinado, mas que não se pode precisar o momento em que ocorrerá.

É obrigação do segurador pagar pelo risco assumido, como dita o artigo 1.458 do Código Civil:

“Art. 1.458 O segurador é obrigado a pagar em dinheiro o prejuízo resultante do risco assumido e, conforme as circunstâncias, o valor total da coisa segura.”

Logo, uma vez ocorrido o evento, a Seguradora tem o dever de indenizar os beneficiários do seguro, sem questionar a *causa mortis*, o que, aliás, só faz por não cumprir sua parte no acordo, tentando argüir questões, como a preexistência de doenças, que deveria investigar, isto sim, à época da contratação. É o Parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 144, DE 08 DE AGOSTO DE 2003

Questões relativas à comunicação de óbito e a atestado de óbito.

EMENTA: Entende ser atribuição do Setor Administrativo do hospital a comunicação do óbito aos familiares e esclarece que o médico plantonista pode preencher o atestado de óbito.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Dra. G. dos R. D. C., a qual solicita do CREMERJ as seguintes informações:

“1. Quem tem, quando houver um óbito, a responsabilidade de comunicar à família: a Portaria ou o médico que constatou o óbito?

2. Quando na hora em que ocorrer o óbito não existirem os documentos necessários ao preenchimento do atestado, o médico do plantão seguinte poderá preencher o atestado?

3. Quando ocorrer óbito por morte suspeita, e o corpo é enviado ao IML, é necessário solicitar o laudo do IML para anexar ao prontuário do paciente?”

PARECER: A Câmara Técnica de Medicina Legal assim se pronuncia a respeito dos diversos questionamentos enviados pela Consulente:

1. Quem tem, quando houver um óbito, a responsabilidade de comunicar à família: a Portaria ou o médico que constatou o óbito?

Imaginando que esta pergunta se refira a um paciente internado em hospital, a comunicação do óbito aos familiares não é atribuição do médico, como também não é do médico que o constatou e nem do médico assistente. O nosso entendimento é de que se trata de uma atribuição do Setor Administrativo do Hospital. A Direção do Hospital cabe designar qual o funcionário administrativo que deverá ter este encargo.

2. Quando na hora em que ocorrer o óbito não existirem os documentos necessários ao preenchimento do atestado, o médico do plantão seguinte poderá preencher o atestado?

Entendemos que é, inclusive, uma obrigação deste médico plantonista, conforme disciplinado pelo artigo 114 do Código de Ética Médica, devendo o mesmo marcar no campo apropriado, na declaração de óbito, a sua condição de médico substituto.

“É vedado ao médico:

Art.114 Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal”.

Cabe ao Diretor Técnico fazer valer os ditames éticos e regulamentares e, também, as Leis do País na Instituição que dirige, observando as Resoluções do CFM nº 1.601/2000 (revogada pela Resolução CFM nº 1.779/05) e nº 1.641/2002 e a Resolução SES nº 550/1990.

3. Quando ocorrer óbito por morte suspeita, e o corpo é enviado ao IML, é necessário solicitar o laudo do IML para anexar ao prontuário do paciente?

Não é necessário; além do mais, o hospital não tem competência para requisitar documentos aos órgãos policiais. É o parecer; s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 146 , DE 03 DE SETEMBRO DE 2003

Questões relativas à emissão de atestado de óbito.

EMENTA: Expõe que o atestado de óbito de paciente atendido na Emergência, ou internado, deve ser sempre que possível preenchido pelo médico assistente. Esclarece que na ausência do médico

assistente o médico substituto ou plantonista do hospital, ou até mesmo de um hospital público mais próximo, poderá fazê-lo.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. M. M. F., o qual solicita do CREMERJ os seguintes esclarecimentos:

1. Em caso de óbito no Hospital, de paciente atendido na Emergência e/ou internado, sem qualquer documento de identificação, de quem deverá ser a responsabilidade de preencher, assinar e carimbar o atestado de óbito?

2. Quem constatará o óbito?

3. Somente quando recebida a devida identificação, já em outro plantão?

PARECER: (...) Reportemo-nos, de início, ao Código de Ética Médica:

“É vedado ao médico:

Art.114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art.115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”.

Também deve ser observada a Resolução nº 550/1990, da Secretaria de Estado de Saúde:

“Art.1º Em consonância com os artigos 114 e 115 do atual Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.246, de 08 de janeiro de 1988), caberá ao médico plantonista ou substituto atestar o óbito de todo paciente que venha a falecer por causa natural a caminho ou nas dependências de Pronto-Socorro ou ambulatório público ou privado, devendo, previamente, através de informações prestadas por acompanhante do falecido, tentar contato com o médico que assistia o enfermo visando obter elementos para o esclarecimento da *causa mortis*.

Art.2º. Esgotadas todas as tentativas de se determinar a causa básica da morte e não havendo suspeita de óbito por causa violenta (acidente, homicídio ou suicídio), deverá ser declarada na parte I do atestado médico Causa Indeterminada”.

(...) A responsabilidade de preencher a declaração de óbito é sempre, em primeiro lugar, do médico assistente. Tratando-se de hospital público deve ser feito o preenchimento pelo médico que estiver no plantão ou pelo médico substituto se este já tiver saído.

Quanto à identificação, esta sempre deverá estar presente quando da emissão da declaração de óbito, pois não se pode admitir o preenchimento de uma declaração de óbito com o cabeçalho em branco.

Caso o paciente não seja identificado, temos por norma utilizar as informações “um homem branco”, “uma mulher parda”, “um homem não identificado”, seguindo-se a isto o número do prontuário de internação. É o parecer; s. m. j.

Comissão de Revisão de Prontuário e o Prontuário Médico

O prontuário médico é um conjunto de documentos médicos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde pública ou privado. É também o documento repositório do segredo médico do paciente. É constituído por:

- . Ficha clínica com as seções: identificação, anamnese (queixas, antecedentes, história mórbida progressa e história da doença atual), exame físico, hipótese(s) diagnóstica(s) e plano terapêutico;
- . Exames complementares: laboratoriais, exames anatomopatológicos, exames radiológicos, ultrasonográficos etc;
- . Folha de evolução clínica:
 1. nos doentes internados a evolução e prescrição devem ser diárias, com data e horário em que foram realizadas;
 2. nas Unidades de Terapia Intensiva, a evolução e a prescrição podem ser realizadas em folhas separadas, devido ao grande número de informações e medicamentos usados.
- . Folha de pedido de parecer (que também podem ser feitos na folha de prescrição e respondidos na de evolução clínica);
- . Folha de prescrição médica, que no prontuário em uso está logo após o quadro TPR (temperatura – pulso - respiração), podendo conter relatório de enfermagem ou este ser feito em folha separada;
- . Quadro TPR (temperatura - pulso - respiração) é a primeira folha do prontuário quando em uso, e Resumo de alta/óbito.

Este modelo serve tanto para os serviços de urgência/emergência, como para os ambulatoriais e para as internações. No primeiro caso pode ser resumido tudo em uma folha (frente e verso), e mais os anexos (exames complementares, etc).

O preenchimento do prontuário médico é obrigação e responsabilidade intransferíveis do médico, fazendo-se exceção aos hospitais de ensino, onde alunos de medicina o fazem sob supervisão, correção e responsabilidade de médicos, sejam professores de medicina ou do *staff* do hospital de ensino. É prática antiética e ilegal, portanto condenável, delegar seu preenchimento a outrem que não médico habilitado perante o Conselho de Medicina.

O prontuário médico corretamente preenchido é, e efetivamente tem sido, a principal peça de defesa do médico nos casos de denúncias por mal atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência, ou seja, na presunção da existência de erro médico.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

É dever ético e legal do médico manter sigilo quanto ao prontuário do paciente, só o podendo revelar com autorização expressa deste ou seu representante legal.

O prontuário médico é o primeiro documento que a polícia, a Justiça e o próprio Conselho solicitam aos hospitais/médicos denunciados para apreciação dos fatos da denúncia. Neste caso, a requisição, mesmo judicial, que implique retirada do prontuário do hospital, constitui coação ilegal. Em se tratando de investigação de crime de ação pública incondicionada, é cabível, no resguardo do interesse social e desde que não implique procedimento criminal contra o paciente, pôr-se o prontuário à disposição, para exame por perito legista, restrito aos fatos sob investigação e não sobre o conteúdo do prontuário, e sob sigilo pericial.

É direito de todo paciente ou seu responsável legal, por si ou por advogado constituído, obter cópia integral de seu prontuário médico (hospitalar ou de consultório) a qual deve ser cedida incontinentemente. Fala-se em cópia pela facilidade de serem obtidas e pela aceitação geral das mesmas, porém há quem exija o original e neste caso a cópia ficará no arquivo médico do serviço ou da instituição.

É elaborado pelo médico, atendendo ao artigo 69 do Código de Ética Médica, e diz respeito ao paciente, pertencendo, portanto, a ambos: ao médico, porque o elabora, coletando dados de história clínica, exames laboratoriais e radiológicos, o raciocínio médico, sua conclusão diagnóstica e conduta terapêutica; e ao paciente, porque esses dados lhe dizem respeito, e revelam sua intimidade física, emocional, mental, além de outras particularidades. Pertence, portanto, a ambos solidariamente, ficando sob a guarda do médico/hospital.

Conforme dispõe a Resolução CFM nº 1.639/02, o prontuário deve ser guardado por um prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel. Findo o prazo estabelecido no *caput*, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

É de nosso entendimento que o artigo 70 do Código de Ética Médica garante ao paciente o manuseio e cópia de toda documentação que integra o prontuário, a menos que isto ponha em risco a saúde do mesmo. Caso o pedido seja feito pelos familiares do paciente é necessário que este autorize o acesso pretendido ao prontuário. Na hipótese de que o paciente não tenha condições para isso ou tenha ido à óbito, as informações devem ser dadas sob forma de laudo ou até mesmo cópias. No caso de óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a *causa mortis*. Quando a solicitação for do responsável legal pelo paciente, sendo este menor ou incapaz, o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido, e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

Salvo haja autorização expressa do paciente, é vedado ao médico fornecer tais informações, aos Convênios Médicos e/ou Companhias de Seguro, nos termos do artigo 102 do Código de Ética Médica, que reza:

“É vedado ao médico:

Art. 102 Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.”

O segredo médico é uma espécie de segredo profissional, ou seja, resulta das confidências que são feitas ao médico pelos seus pacientes, em virtude da prestação de serviço que lhes é destinada.

Desta forma, o segredo médico é penal (Art. 154 do Código Penal) e eticamente protegido (Art. 102 e seguintes do Código de Ética Médica), na medida em que a intimidade do paciente deve ser preservada.

Assim, há que se ressaltar que o segredo médico também não deve ser revelado para autoridade policial ou judiciária, pois não há disposição legal que respalde ordens desta natureza.

Entretanto, ocorrendo as hipóteses de “justa causa” (circunstâncias que afastam a ilicitude do ato), “dever legal” (dever previsto em lei, decreto etc.) ou autorização expressa do paciente, o profissional estará liberado do segredo médico.

O CREMERJ dispõe, em sua Resolução nº 41/92, sobre a obrigatoriedade de Comissão de Revisão de Prontuários, responsável por avaliar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário e a responsabilidade da execução, preenchimento e guarda dos prontuários.

O que não deve ser feito no Prontuário

1. Escrever à lápis.
2. Usar líquido corretor, conhecido como "branquinho".
3. Deixar folhas em branco.
4. Fazer anotações que não se referem ao paciente.

RESOLUÇÃO SES Nº 1.342, DE 13 DE MAIO DE 1999

Dispõe sobre a quantificação e qualificação das informações sobre causas de morte ocorridas em Unidade de Saúde Pública e Privada, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

(...) **CONSIDERANDO** a Resolução de nº 41/92 do CREMERJ, de 07 de fevereiro de 1992.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuário nas Unidades de Saúde onde se presta Assistência Médica.

Art.2º Compete à Comissão de Revisão de Prontuário a avaliação.

1. Dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário:

a) identificação do paciente: nome completo, obtido de documento oficial; data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos); sexo; nome da mãe, obtido do documento oficial; naturalidade, indicando o município e estado de nascimento; endereço, indicando o nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e código de endereçamento postal (CEP);

b) anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, diagnóstico definitivo (causa principal e causas consequenciais) e tratamento efetuado;

c) evolução diária do paciente com data e hora, com discriminação de todos os procedimentos aos quais o paciente foi submetido, com identificação dos profissionais que os realizaram, estando aí incluídos os profissionais de nível médio;

d) a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente;

e) identificação dos profissionais prestadores do atendimento; nome completo, categoria profissional, número do registro do conselho profissional da unidade federada e matrícula do servidor, além da presença obrigatória da assinatura e carimbo;

f) nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta da história clínica, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou indicado a necessidade de remoção do paciente para outra Unidade.

2. Das responsabilidades da execução, preenchimento e guarda dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à Chefia da Equipe, à Chefia da Clínica, à Chefia da Documentação Médica e em última instância, ao Diretor da Unidade;

Art.3º A Comissão de Revisão de Prontuário deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade de Saúde, com a qual deverá ser discutido os resultados das avaliações. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.605, DE 15 DE SETEMBRO DE 2000

O médico não pode, sem o consentimento do paciente,
revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art.2º Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art.3º Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Art.4º Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art.5º Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art.6º O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art.7º Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Art.8º Nos casos não previstos nesta Resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

Art.9º Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 999/80. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.614, DE 08 DE FEVEREIRO DE 2001

Dispõe sobre auditoria médica.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art.2º As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art.3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art.4º O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art.5º O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art.6º O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente. (...)

Art.7º O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria. (...)

Art.15 Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art.2º Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art.3º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art.4º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art.5º Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção Técnica da unidade.

Art.6º A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.639, DE 10 DE JULHO DE 2002

Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art.2º Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

(...) **Art.4º** Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único - Findo o prazo estabelecido no *caput*, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

(...) **Art.9º** Fica revogada a Resolução CFM nº 1.331/89 e demais disposições em contrário. (...)

PARECER CFM Nº 22, DE 24 DE AGOSTO DE 2000

Fornecimento de documentos de pacientes a delegados de polícia, promotores e juízes.

EMENTA: É dever ético e legal do médico manter sigilo quanto ao prontuário do paciente, só o podendo revelar com autorização expressa deste ou seu representante legal. Disposições instituídas no resguardo do direito do paciente. Constituição Federal. Código de Ética Médica. A requisição, mesmo judicial, que implique retirada do prontuário do hospital, constitui coação ilegal. Precedentes jurisprudenciais, inclusive do STF. Em se tratando de investigação de crime de ação pública incondicionada, é cabível, no resguardo do interesse social e desde que não implique procedimento criminal contra o paciente, pôr-se o prontuário à disposição, para exame por perito legista, restrito aos fatos sob investigação e não sobre o conteúdo do prontuário, e sob sigilo pericial. Revogação da Resolução CFM nº 999/80.

PARECER: O segredo médico é instituto milenar, cuja origem já constava no juramento de Hipócrates:

"O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo."

"Para a classe médica, o segredo é algo que não se pode dissociar do exercício da sua profissão. No dizer de Gonzaga, pelas peculiares condições em que exerce o seu mister, o médico tem freqüentes vezes diante de si, abertos em leque, informes íntimos da mais variada qualidade. Colhe não apenas esclarecimentos reservados sobre o cliente, mas sobre sua família, parentes próximos e até mesmo alusivos a terceiros àqueles ligados. Penetra no recesso dos lares. Necessita conhecer as causas da moléstia em exame, que podem desembocar em delicadas origens: comportamentos viciosos, eticamente reprováveis ou delituosos, dificuldades econômicas, disputas domésticas, etc.

Nem sempre o diagnóstico da moléstia ou da lesão física sofrida pelo paciente será o fato que este deseja manter em segredo. Em alguns casos, o que se pretende manter escondido do domínio público são as circunstâncias que ensejam o surgimento da moléstia ou da lesão." (BARROS, Marco Antonio de. Sigilo profissional: reflexos da violação no âmbito das provas ilícitas. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 85, nº 733, p. 423-441, nov. 1996.)

Hoje, apresenta-se com foro constitucional, uma vez que instituído como garantia individual à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra – art. 5º, inciso X, da CF.

Assim, o prontuário médico só pode ser fornecido quando houver expressa autorização do paciente, cujo direito o sigilo visa proteger. Nesse sentido, as disposições do Código de Ética Médica, em seus arts. 11 e 102, têm força de lei, porque expressamente mantêm o previsto na Lei nº 3.268/57 e seu decreto regulamentador nº 44.045/58 – conforme entendimento tanto do STF (HC 39.308 - SP) como do S.T.J. (REsp 159527-RJ):

"Artigo 11: o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

"Artigo 102: (é vedado ao médico) Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

"Parágrafo - único – Permanece essa proibição:

a. Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

b. Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento."

É preciso, pois, passar à análise pormenorizada do real significado das expressões *justa causa*, *dever legal* e *autorização expressa do paciente*, contidas no art. 102 do CEM.

A justa causa, como fato incidental e liberatório da revelação, "*funda-se na existência de estado de necessidade: é a colisão de dois interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro; no caso, a inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem interesse. Há, pois, objetividades jurídicas que a ela preferem, donde não ser absoluto o dever do silêncio ou sigilo profissional*" (NORONHA, E. Magalhães. *Direito Penal*, 17ª ed., v. 2, 1981, p. 209).

(...) Encontramos outra hipótese de justa causa para a quebra do sigilo médico no tocante aos portadores do vírus da imunodeficiência humana, conforme parágrafo único do artigo 2º da Resolução CFM nº 1.359/92, *in verbis*:

"O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente. Será permitida a quebra do sigilo (...) por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhe a informação quanto à sua condição de infectado)."

Por fim, é importante salientar que o instituto da justa causa não deve servir para obrigar o médico a revelar fato sob o título do sigilo profissional. O profissional não pode ser impelido a realizar determinada conduta sem que a lei o obrigue.

No mesmo sentido, concluiu-se no Parecer CFM nº 24/90: "*(...) o médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de 'justa causa', determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade(...)."*

Outra circunstância importante que afasta o dever de sigilo e, conseqüentemente, torna lícita a revelação, senão a caracteriza como impositiva, consiste no dever legal. Aliás, no capítulo que trata sobre os crimes contra a saúde pública está prevista a infração penal denominada omissão de notificação de doença, que se consumará quando o médico deixar de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória, ficando sujeito à aplicação da pena de detenção de seis meses a

dois anos, e multa (art. 269 do CP e Portaria nº 1.100/96 do Ministério da Saúde).

Outro exemplo dessa modalidade de dever imposto ao médico encontra-se na lei que trata do planejamento familiar, que submete o médico à idêntica sanção, privativa de liberdade e pecuniária, se deixar de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar (art. 16 da Lei nº 9.263, de 12.1.1996).

(...) A outra situação que libera o médico do dever de manter sigilo ocorre quando há autorização expressa do paciente para a revelação do fato. É claro que a autorização em si não obriga o médico a depor sobre o que souber ou tiver conhecimento acerca do seu cliente, descoberto em razão do exercício de sua profissão. Aqui também nos parece que a decisão sobre a revelação, ou não, se transfere para a consciência do médico, a quem caberá sobre ela posicionar-se.

(...) O médico está sujeito por dever ético e legal ao seu Código de Ética, que, como lei, atende à cláusula pética da CF, que é o direito individual à privacidade.

Poder-se-ia cogitar de que na situação posta em liça – crimes de ação pública –, em que se requisita o prontuário da vítima, haveria embate entre o direito individual (da vítima), que obriga ao sigilo, e o direito da sociedade de apurar o crime. Isso parece ter sido o móvel da requisição judicial, que buscaria suporte no resguardo do interesse social ou público.

(...) Dessa forma, respondendo às indagações do consulente:

1. Aos questionamentos nºs 1 e 2, responde-se que o médico só pode fornecer os documentos com autorização do paciente. Em se tratando de crime de ação pública incondicionada, pode por os documentos à disposição da autoridade investigante, para perícia, DESDE QUE NÃO HAJA POSSIBILIDADE DE INSTAURAÇÃO DE PROCEDIMENTO CRIMINAL CONTRA O PACIENTE;

2. Os demais questionamentos ficam, na verdade, prejudicados pela resposta anterior.

CONCLUSÃO: Pelo exposto, opino no sentido de que o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo de seu prontuário, mas em se tratando de possível delito de ação pública, e sendo necessário para a investigação, pode por o prontuário à disposição de perito médico legal indicado, para que examine o conteúdo do prontuário apenas no que diz respeito ao que interessa à apuração do fato, guardado o sigilo pericial, desde que isso não implique procedimento criminal contra o próprio paciente.

Sugiro, acaso aprovado o presente parecer, que seja editada resolução sobre a matéria, revogando expressamente a Resolução nº 999/80.

A resolução deve ser imediatamente comunicada às Corregedorias Gerais da Justiça; Procuradorias da Justiça e da República; Ministério da Justiça; Polícia Federal e Secretarias de Segurança dos Estados, a fim de evitar constrangimentos aos médicos que, no exercício da direção de hospitais e clínicas, só buscam cumprir o estabelecido no atual Código de Ética Médica. Este é o parecer, s.m.j.

PARECER CFM Nº 30, DE 21 DE JUNHO DE 2002

Prontuário eletrônico.

EMENTA: Os prontuários elaborados em meio eletrônico poderão assim permanecer, bem como os novos a serem criados, desde que obedeçam ao disposto em resolução específica do CFM. Os prontuários médicos atualmente existentes em papel somente podem ser destruídos após serem microfilmados observados os trâmites legais. As unidades de saúde deverão constituir Comissão

PARECER CFM Nº 05, DE 15 DE JANEIRO DE 2003

Prontuário médico.

EMENTA: Serviços de auditoria só poderão ter acesso a prontuários no local onde os serviços médicos assistenciais foram prestados, sendo-lhes vedada a retirada de cópias.

(...) Quanto ao envio de prontuários para análise pela contratante de serviços assistenciais e posterior devolução, a Resolução CFM nº 1.614/2001 estabelece:

“Considerando a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

Considerando que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

Considerando que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

Considerando o disposto no Decreto nº 20.931/32;

(...) Resolve:

Art.6º O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º. É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações e conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Art.7º O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada de prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

(...) Parágrafo 2º. O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

(...) Art.10 O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico”.

(...) Art.14 Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art.15 Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96.

CONCLUSÃO: É expressamente vedada a retirada de prontuários para avaliação fora dos recintos da instituição onde os serviços profissionais médicos foram prestados.

As empresas administradoras da prestação de serviços, caso não incluam cláusula referente a reajuste anual de honorários médicos, poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição. Este é o parecer, s.m.j.

PARECER CFM Nº 06, DE 16 DE JANEIRO DE 2003

Fornecimento de dados de prontuário médico para órgão contratante do serviço.

EMENTA: É vedado aos médicos e diretores médicos responsáveis por clínicas o fornecimento de prontuário médico em desacordo com o que dispõe a Resolução CFM nº 1.605/2000.

PARECER: O exercício da Medicina remonta aos primórdios da civilização e apesar de sua evolução como ciência e mesmo diante da nova ordem social estabelecida no mundo, alguns princípios ainda permanecem alicerçando a profissão médica. Esses princípios são a relação médico-paciente e o sigilo profissional, estabelecidos a partir de consciência e confiança.

Ensina Veloso de França que o silêncio exigido aos médicos tem a finalidade de impedir a publicidade sobre certos fatos conhecidos no exercício ou em face do exercício profissional, cuja desnecessária revelação traria prejuízos aos interesses morais e econômicos dos pacientes. A privacidade de um indivíduo é, pois, um ganho que consagra a defesa da liberdade e a segurança das relações íntimas, por princípio constitucional e por privilégio garantido na conquista da cidadania.

O médico perito examinador, credenciado pelo órgão executivo estadual do trânsito, ao registrar em prontuário informações médicas colhidas do candidato periciado na relação médico-paciente, tem o dever ético de ser o fiel depositário dessas informações e deve manter a guarda do prontuário conforme previsão legal existente. O mesmo se aplica às clínicas credenciadas como pessoa jurídica - nesse caso a responsabilidade da guarda caberá ao diretor médico, prevista em conformidade com a lei.

Grande número de pareceres do Conselho Federal de Medicina e de seus regionais já estabeleceram ao longo desses anos, doutrinariamente, esse entendimento, além de o mesmo estar previsto em outros diplomas legais, inclusive na Carta Magna do país.

(...) No caso em tela, não há dever legal no fornecimento do prontuário. A Resolução CONTRAN nº 80/98 não faz nenhuma referência ao fornecimento irrestrito dos prontuários médicos aos setores administrativos dos Departamentos Estaduais de Trânsito.

Portanto, o médico examinador ou diretor médico responsável por clínicas de exames de aptidão física e mental para candidatos condutores de veículos poderão disponibilizar apenas o resultado do exame, informando a aptidão ou não do candidato. Outras informações relacionadas às anotações do ato pericial, lançadas no prontuário, somente poderão ser divulgadas com a anuência do periciado ou por justa causa estabelecida através do devido processo e requisitada somente pela direção médica dos Detrans, devidamente fundamentada.

Qualquer outra situação, além de antiética é ilegal e, em algumas circunstâncias, até mesmo inconstitucional. Este é o parecer, s.m.j.

PARECER CFM Nº 15, DE 03 DE MARÇO DE 2004

Ações de vigilância em saúde do trabalhador.

EMENTA: O acesso e o manuseio de informações sobre exames clínicos e exames laboratoriais somente devem ser permitidos aos médicos e aos seus auxiliares diretamente envolvidos na assistência aos respectivos examinados, haja vista são dados pertinentes ao sigilo profissional, que deve sempre ser preservado. (...)

PARECER: 1. (...) A utilização com acesso, conhecimento e manuseio de informação sobre exames clínicos e laboratoriais somente deve ser permitida aos médicos e aos seus auxiliares diretamente envolvidos com a assistência à saúde dos examinados. Não alcanço a utilidade do conhecimento e

manuseio de tais dados por profissionais que não tenham a responsabilidade assistencial da saúde das pessoas; entendendo que qualquer que seja o sistema utilizado, o acesso a dados clínicos e laboratoriais de pacientes somente deveria ser aberto a médicos e seus auxiliares.

2. Por si só, a transcrição de resultados de exames para um sistema informatizado não ocasiona prejuízos de nenhuma espécie e não necessita de autorização ou simples consentimento, mas todo e qualquer manuseio dessa natureza deve ser realizado sob supervisão de médico designado para tal responsabilidade.

3. A ética médica não preconiza a sonegação, omissão ou negativas de informações às autoridades sanitárias; ao contrário, os médicos e as instituições de assistência médica se obrigam a colaborar com as normas sanitárias e com a legislação do país, buscando contribuir com a elevação da qualidade assistencial, preventiva e reabilitadora da saúde da população; note-se, porém, que com pertinência às informações de interesse epidemiológico e que forneçam conhecimentos para as ações públicas que visem a prevenção e o tratamento de doenças e a reabilitação de pessoas, embora, obviamente, devam levar em conta o interesse coletivo preponderante sobre o individual, há de se preservar sempre o indivíduo no tocante a sua privacidade; não há razão e nem necessidade de se expor uma pessoa quando da remessa de informações sanitárias aos órgãos responsáveis pela saúde pública.

As notificações determinadas pela legislação brasileira devem sempre ser feitas e, se imperiosa pelo interesse público a identificação de alguém, esta deve obedecer ao disposto em lei e ao sigilo profissional e à ética médica. É o parecer, sm.j.

PARECER CFM Nº 30, DE 08 DE JULHO DE 2005

Tempo de manutenção de lâminas, prontuários médicos e blocos de parafina.

EMENTA: Não há conflito entre a Resolução CFM nº 1.472/97, que trata de arquivos de lâminas e blocos de parafina, e a 1.639/02, que trata da manutenção do prontuário médico.

CONCLUSÃO: As lâminas e blocos de parafina devem ser mantidas em arquivo por 5 (cinco) anos no serviço ou entregues ao paciente, mediante comprovante com o objetivo de seu melhor interesse. Seus laudos, constantes do prontuário, terão o tempo de arquivamento mínimo previsto na Resolução CFM nº 1.639/02.

Mas, uma vez que algumas informações precisam ser preservadas visando objetivos médico-científicos, epidemiológicos, de ensino, históricos, sociais ou mesmo legais, a instituição consulente, que presta serviços médicos em diagnóstico, deve organizar-se conforme as recomendações mencionadas, para a elaboração e aplicação de critérios de amostragem pertinentes à preservação definitiva de parte de seus materiais. Este é o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 41, DE 07 DE FEVEREIRO DE 1992

Dispõe sobre a Comissão de Revisão de Prontuários.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Tomar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuário nas Unidades de Saúde onde se presta Assistência Médica.

Art.2º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo que a Unidade julgar adequado.

Art.3º A responsabilidade pelo prontuário do paciente cabe:

I- ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II- à hierarquia médica da instituição nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III- à hierarquia médica constituída pelas Chefias de Equipe, da Clínica, do Setor até o Diretor da Divisão Médica e/ou Diretor Técnico.

Art.4º A Comissão de Revisão de Prontuário compete a avaliação:

I - dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a. identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

b. são obrigatório que a letra do profissional que atendeu o paciente seja legível, bem como são obrigatórias a assinatura e o carimbo;

c. é obrigatória a evolução diária do paciente com data e hora;

d. nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de histórico, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra Unidade.

II - da responsabilidade da execução, preenchimento e guarda dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à Chefia da Equipe, à Chefia da Clínica e à Direção Técnica da Unidade.

Art.5º A Comissão de Revisão de Prontuário deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverá ser discutido os resultados das avaliações feitas. (...)

PARECER CREMERJ Nº 14, DE 25 DE NOVEMBRO DE 1991

Questões relativas ao prontuário médico, notadamente acerca do acesso ao mesmo por outros profissionais de saúde, e se esses podem fazer anotações no prontuário.

EMENTA: Esclarece que o prontuário é um documento pertencente ao paciente, sob a guarda da Instituição que lhe presta atendimento; que sua elaboração, preenchimento correto, legível e sua guarda, são de responsabilidade do médico, dos profissionais da equipe e da hierarquia médica da Instituição; que cada atendimento deve ser registrado no prontuário, devendo constar a identificação do profissional de saúde que procedeu ao mesmo; que a equipe de saúde que cuida do paciente, está sob sigilo profissional, o mesmo se aplicando a toda a hierarquia da Instituição que presta atendimento à saúde. (...)

DISCUSSÃO: Já é passado o tempo em que a Medicina era tida enquanto a profissão única detentora da promoção da saúde, assim como a própria saúde era tida enquanto apenas a ausência de doença. A Humanidade evolui e os conceitos foram ampliados. Saúde, não significa a rigidez física, mas todo um conjunto de condições como se lê no texto Cidadania e Ética Médica (CREMERJ/88). "Entende-se por saúde, não a ausência de doença, mas o resultante das adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde". "Assim entendida, a saúde de uma comunidade não pode ser o resultado da atuação isolada de uma única profissão, mas sim, das atividades multiprofissionais."

Hoje, o médico não mais trabalha de forma isolada, mas em equipe. O médico é parte integrante da equipe de saúde. Uma equipe multiprofissional, onde cada um tem o seu quinhão de responsabilidade

para com o paciente.

Paciente este, que não pode ser visto em departamentos estanques, isolados; que não pode ser abordado de forma desintegrada.

A equipe de saúde, multiprofissional, trabalha para o bem estar do paciente e isso só ocorrerá, se o trabalho se der com entrosamento mútuos.

O prontuário pode ser abordado por várias faces. A primeira delas, seria o de "documento" pertencente ao paciente, merecendo todo o cuidado e respeito em seu manuseio. A segunda, seria a de ponto aglutinador de uma história de vida de um cidadão, onde cada profissional descreveria as suas impressões, seus exames, suas prescrições. Só dessa forma, se garantiria que a passagem de informações se daria, de forma precisa, podendo ser esclarecida qualquer dúvida que surgisse no contato pessoal ou nas reuniões das equipes.

Não se pode pensar num trabalho integrado, se os vários profissionais que cuidam do paciente não tiverem acesso ao que os que lhes antecederam pensaram, prescreveram etc...

Assim como não haveria continuidade num tratamento, se a cada passo as anotações não fossem feitas.

O prontuário é uma das formas de integração da equipe da saúde que está atendendo o paciente.

O acesso ao prontuário é exclusividade da equipe multiprofissional que cuida do paciente. Quaisquer outras pessoas que solicitem vistas ao mesmo, submetem-se à autorização por escrito do paciente e do médico assistente.

A outra face a ser considerada, é a de documento real, de avaliação profissional. Não há como se comprovar o que não é escrito. E apenas o que consta em prontuário tem valor legal para eventual salvaguarda do profissional.

Toda a equipe de saúde, está subordinada ao segredo profissional. Cada membro dessa equipe, tem sua responsabilidade no atendimento do paciente e na integração desse atendimento. E o prontuário é parte do mesmo.

CONCLUSÃO: 1. O prontuário médico é um documento pertencente ao paciente, sob a guarda da Instituição que lhe presta atendimento.

2. Sua elaboração, preenchimento correto, legível e sua guarda, são da responsabilidade do médico, dos profissionais da equipe de saúde e da hierarquia médica da Instituição.

3. Cada atendimento deve ser registrado em prontuário, devendo constar a identificação do profissional da equipe de saúde que procedeu ao mesmo.

4. A equipe de saúde que cuida do paciente está sob sigilo profissional, o mesmo se aplicando a toda a hierarquia da Instituição que preste atendimento à saúde.

PARECER CREMERJ Nº 42, DE 01 DE JANEIRO DE 1996

Informação acerca da possibilidade de estabelecimento de saúde permitir o acesso ou entregar cópia de prontuário médico a herdeiros.

EMENTA: Esclarece que aos prontuários médicos só têm acesso o paciente ou seu representante legal e aqueles que estão no exercício da Medicina com atenção voltada para o tratamento médico. Os herdeiros não devem ter acesso ao prontuário ou receber cópia do mesmo, salvo por determinação judicial.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a possibilidade de estabelecimento de saúde permitir

o acesso ou entregar cópia de prontuário médico a herdeiros.

PARECER: Certo que aos prontuários médicos só têm acesso o paciente ou seu representante legal e aqueles que estão no exercício da Medicina, em atenção voltada para o tratamento médico.

Assim, somos de parecer que os herdeiros não devem ter acesso ao prontuário e, muito menos, receber cópia do mesmo, salvo por determinação judicial. Este o nosso parecer, ressaltando sempre um melhor juízo a respeito. (...)

PARECER CREMERJ Nº 66, DE 24 DE ABRIL DE 1998

Solicitação de cópia de prontuário médico familiar.

EMENTA: Esclarece que, em obediência ao artigo 69 do Código de Ética Médica, caso um dos membros requisite o prontuário familiar, este deverá ser fornecido somente com o consentimento do outro ou dos outros membros do grupo familiar. Reza, ainda, que se um dos membros do casal ou do grupo familiar solicitar informações sobre seu tratamento, o médico deverá elaborar relatório que, em nenhuma hipótese, revele detalhes relativos ao outro ou aos outros membros envolvidos na terapia. Afirma, entretanto, que na terapia familiar o paciente é o vínculo familiar, quando forem mais de 2 (dois) clientes ou, então, a relação do casal. Dispõe, por fim, acerca dos artigos 70 e 108 do Código de Ética Médica.

(...) **PARECER:** O prontuário médico é um documento referente a determinado paciente e somente a ele. Os seres humanos, mesmo quando associados formando casais, pares ou alguma outra forma de agrupamento, não perdem sua individualidade e não abdicam de seus direitos, a não ser voluntariamente e, ainda assim, quando não alienáveis. Desta forma, os membros de um casal, ainda que tomando parte conjunta em tratamentos comuns, tais como terapia familiar ou outros assemelhados, não perdem suas prerrogativas ou privilégios. Entretanto, na terapia familiar o paciente é o vínculo familiar, quando forem mais de 2 (dois) clientes (pai, mãe e filho, por exemplo) ou, então, a relação do casal ou par conjugal.

(...) O artigo 70, do Código de Ética Médica, que estatui que negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros, estará cumprido a partir do momento em que o médico permite ao grupo familiar, ou ao casal, o acesso ao prontuário médico, isto é, do vínculo ou da relação. O artigo 108, que veda ao médico facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso, se cumprirá na medida em que o grupo familiar, ou o casal, consentir conjuntamente no seu fornecimento a terceiros. (...)

PARECER CREMERJ Nº 67, DE 24 DE ABRIL DE 1998

Solicitação de cópia de prontuário médico, feita por pais ou responsáveis por paciente com distúrbio mental.

EMENTA: Dispõe sobre o artigo 70 do Código de Ética Médica. Esclarece que no caso de paciente que claramente não possua discernimento psíquico suficiente para o entendimento dos fatos da vida diária, que se encontre alienado ou mesmo globalmente desorientado, ainda que em caráter temporário, o prontuário poderá ser fornecido ao seu responsável legal, mesmo que este não seja seu procurador e que o paciente não esteja interdito sob curatela.

(...) **PARECER:** O artigo 70 do Código de Ética Médica é bastante claro quanto à exclusividade de acesso do paciente ao seu prontuário. Isto significa que somente a ele podem ser entregues os documentos constantes do prontuário. Porém, no caso de paciente que claramente não possua discernimento psíquico suficiente para o entendimento dos fatos da vida diária, que se encontra alienado ou mesmo globalmente desorientado, ainda que em caráter temporário, o prontuário poderá ser fornecido ao seu responsável legal, mesmo que este não seja seu procurador e que o paciente não esteja interditado sob curatela.

O artigo 70 visa a proteger o interesse do paciente na prevenção do sigilo médico relativo à sua história pessoal e, eventualmente, patológica.

Porém, um paciente que não tenha condições de se autoconduzir em suas atividades diuturnas, que seja claramente dependente de terceiros, não só para a execução de tarefas, como nas providências legais e/ou previdenciárias, ficará seriamente prejudicado em seus interesses se seus representantes legais ou familiares, não puderem atuar zelando por seus legítimos direitos. Muitas vezes, o próprio custeio do tratamento é feito por estes mesmos representantes legais, ou familiares, o que claramente demonstra a necessidade de acesso à documentação do paciente. (...)

PARECER CREMERJ Nº 79, DE 01 DE JANEIRO DE 1999

Questões acerca do acesso a prontuários médicos por parte de auditores não-médicos de planos de saúde.

EMENTA: Esclarece que o acesso ao prontuário médico é permitido ao paciente, a seu responsável legal e aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento. Cita os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica e discorre acerca da Resolução CREMERJ nº 56/93 e do Parecer CREMERJ nº 42/96. Recomenda aos médicos e aos hospitais permitirem o acesso aos prontuários médicos de pacientes aos auditores médicos dos Planos de Saúde. (...)

PARECER CREMERJ Nº 91, DE 25 DE MAIO DE 2000

Versa sobre a validade do encaminhamento de cópia de prontuário médico do hospital para o convênio.

EMENTA: Afirma, com base no Parecer CFM, aprovado em 10/03/94, e da Resolução CREMERJ nº 56/93, que o segredo médico - bem como o toda a documentação que o envolve - nunca pode ser revelado, a não ser nos casos previstos pela legislação, ou se houver autorização expressa do paciente. Afirma que as empresas de medicina de grupo, quando suspeitarem de irregularidades, poderão indicar médico auditor que examinará in loco o prontuário médico, sem, contudo, poder copiá-lo.

CONSULTA: O consulente solicita esclarecimentos sobre a validade do encaminhamento de cópia do prontuário médico do hospital para o convênio, por solicitação deste e sem autorização dos pacientes.

PARECER: O Dr. M.T.M. solicita ao CREMERJ parecer a respeito da validade de fornecimento de prontuário médico de um paciente ao convênio por solicitação deste, bem como do fornecimento de boletim de atendimento ou quaisquer outros documentos relativos ao mesmo. Indaga ainda sobre as normas que disciplinam este assunto.

O Parecer CFM, aprovado em 10/03/94, conclui:

1º - "O segredo médico é espécie de segredo profissional indispensável à vida em sociedade - e por isso protegido por lei - e cuja revelação, seja pelas informações orais ou através de papéletas, boletins,

folhas de observação, fichas, relatórios e demais anotações clínicas, está vedada não somente aos médicos como também a todos funcionários e dirigentes institucionais.

2º - O médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de 'justa causa', determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade, ou se houver autorização expressa do paciente".

A Resolução CREMERJ nº 56/93, em seu artigo primeiro, reza:

Art. 1º "É vedado às empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Seguradoras de Saúde, ou qualquer outro gênero de entidades contratantes de serviços de saúde ou de reembolso de despesas médicas exigir do profissional o fornecimento de diagnóstico, codificado ou não, para efeitos de liberação de atendimentos, procedimentos, atestados e ressarcimentos de despesas já efetuadas."

(...) No entanto, caso a empresa responsável pelo convênio suspeite de irregularidades, ela poderá indicar um médico auditor que terá todas as condições de avaliar, no local da conveniada, os documentos constantes do prontuário médico a fim de constatar a existência de alguma eventual irregularidade. (...)

PARECER CREMERJ Nº 96, DE 12 DE JULHO DE 2000

Questões relativas à guarda e destinação de prontuários médicos.

EMENTA: Esclarece que a guarda e destinação de Prontuários Médicos, obedecem a diversas Leis e Decretos Federais, bem como ao Código de Ética Médica e Resolução do Conselho Federal de Medicina.

CONSULTA: O Hospital Raphael de Paula Souza, na pessoa de seu Diretor, dirigiu-se ao CREMERJ após consulta ao Conselho Federal de Medicina, solicitando esclarecimento quanto à destinação a ser dada a 46.385 prontuários deste hospital, correspondente ao período de 1952 a 1978, tendo em vista terem os mesmos sido danificados por fenômenos da Natureza e, segundo o mesmo, em possibilidade de recuperação.

PARECER: Parecer motivado por consulta sobre a guarda e destinação de Prontuários Médicos. Leis, Decretos e Resoluções tratam deste assunto.

(...) Até o presente, só a técnica de microfilmagem é aceita. Ainda, em relação ao Prontuário Médico, o Decreto nº 1.799 de 30 de janeiro de 1996 reza:

"Art.12 A eliminação de documentos, após a microfilmagem, dar-se-á por meios que garantam sua inutilização, sendo a mesma precedida de lavratura de termo próprio e após a revisão e a extração de filme cópia."

As novas tecnologias tais como a digitalização e automação de arquivos, embora métodos que agilizam o processo de recuperação da informação, não garantem durabilidade ou possuem durabilidade duvidosa, até porque o grande avanço tecnológico, em especial na área de informática, faz pressupor que métodos e equipamentos hoje utilizados torna-se-ão, certamente, obsoletos em um prazo de 5 (anos). Os documentos em suporte de informação eletrônico despertam a desconfiança no que tange à possibilidade de serem manipulados. Não se tem conhecimento de programas com inviolabilidade comprovada em nosso país. A documentação em suporte de informação eletrônico tiraria, ainda, a possibilidade de exame grafotécnico para dirimir dúvidas, que possam ser levantadas.

A Tabela de Temporalidade deverá seguir os padrões de avaliação sugeridos pelo Conselho Nacional de Arquivos - CONARQ - e caberá as Comissões de Avaliação de Prontuários Médicos e de Avaliação de

Documentos o expurgo desta documentação.

Para a destruição de documentos, cabe consulta as Resoluções CONARQ nº 03, 04, 05 e 07.

A Resolução CONARQ nº 04 de 28 de março de 1996 em seu artigo 3º reza:

“Art.3º A eliminação de documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público será realizada mediante autorização da instituição arquivística pública, na sua específica esfera de competência, conforme determina o artigo 9º da Lei nº 8.159, de 08 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados.”

Em seu artigo 1º, a Resolução CONARQ nº 5, de 30 de setembro de 1996 reza :

“Art.1º Os órgãos e entidades integrantes do Poder Público farão publicar nos Diários Oficiais da União, do Distrito Federal, dos Estados e Municípios, correspondentes ao âmbito de sua atuação, os editais para eliminação de documentos, decorrentes da aplicação das suas Tabelas de Temporalidade, observando o disposto no artigo 9º da Lei nº 8.159, de 08 de janeiro de 1991.

Parágrafo único - Os editais referidos neste artigo serão publicados em outro veículo de divulgação local quando a administração pública não editar no Diário Oficial.

Art.2º Os editais para eliminação de documentos deverão consignar um prazo de 30 a 45 dias para possíveis manifestações ou, quando for o caso, possibilitar às partes interessadas requererem, a suas expensas, o desentranhamento de documentos ou cópias de peças de processos”.

Os processos para a eliminação a serem adotados, devem seguir os trâmites da Resolução CONARQ nº 7, de 20 de maio de 1997.

“Art.1º A eliminação de documentos nos órgãos e entidades do Poder Público ocorrerá após concluído o processo de avaliação conduzido pelas respectivas Comissões Permanentes de Avaliação, responsáveis pela elaboração de Tabelas de Temporalidade, e será efetivada quando cumpridos os procedimentos estabelecidos nesta Resolução.

Art.2º O registro dos documentos a serem eliminados deverá ser efetuado por meio de Listagem de Eliminação de Documentos e de Termo de Eliminação de Documentos.”

O Código Civil em seu Capítulo IV, artigo 177 reza:

“Art. 177 As ações pessoais prescrevem, em 20 (vinte) anos, as reais em 10 (dez), entre presentes, e entre ausentes em 15 (quinze), contados da data em que poderiam ter sido propostas.”

No caso do Hospital Raphael de Paula Souza todos os pacientes descritos em seu questionamento devem ser informados do ocorrido pois, em verdade, o paciente é o dono do Prontuário Médico cuja guarda caberá à Instituição de Saúde. (...)

PARECER CREMERJ Nº 118, DE 04 DE DEZEMBRO DE 2002

Questões relativas ao acesso ao prontuário médico.

EMENTA: Esclarece que ao prontuário só devem ter acesso os médicos envolvidos em seu tratamento, salvo se houver interesse do paciente e com a autorização do mesmo para outros médicos. Expõe que as Resoluções CFM nº 1.614/01 e CREMERJ nº 182/02 disciplinam o acesso ao prontuário pelo médico auditor. Ressalta que outros profissionais de saúde, envolvidos no tratamento, também podem ter acesso ao prontuário. Afirma que os Diretores Clínico e Técnico e a Direção Administrativa da Unidade também podem ter acesso ao prontuário.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. J. F. de P., o qual solicita saber se qualquer médico, se outros profissionais de saúde e se o Diretor Clínico têm acesso livre ao Prontuário Médico. Indaga,

também, o que se entende quando é dito que o prontuário pertence ao hospital.

PARECER: Na questão formulada - se qualquer médico pode ter acesso ao prontuário médico – entendemos que, sendo os dados do prontuário pertencentes ao paciente e a guarda do mesmo feita pela instituição de saúde, em que o paciente está se tratando, só devem ter acesso os médicos envolvidos em seu tratamento, salvo se houver interesse do paciente e com a autorização do mesmo para outros médicos.

Quanto à questão se a equipe cirúrgica e o anestesista podem ter acesso, a resposta é sim, pois todos estão envolvidos no tratamento do paciente.

Em relação à reinternação – se outra equipe médica pode ter acesso – é nossa compreensão que sim, pois o conhecimento do quadro anterior do paciente é importante para a conduta a ser tomada em benefício e no interesse do paciente. No que diz respeito a consultório seria importante e igualmente do interesse do paciente que os médicos que venham a participar de seu tratamento tenham conhecimento de seu estado prévio.

Em relação ao acesso ao prontuário pelo médico auditor, para fins de convênio, as Resoluções CFM nº 1.614/01 e CREMERJ nº 182/02 disciplinam a matéria autorizando o acesso, mas via Direção Técnica da Unidade de Saúde, que tem a guarda do prontuário, idealmente com o conhecimento do médico assistente se presente à mesma, não devendo o auditor fazer qualquer comentário no prontuário dos seus achados, e sim acrescentar ao prontuário o relatório anexo à Resolução CREMERJ nº 182/02 preenchido.

Quanto ao acesso por outros profissionais da área de saúde – aqueles que estejam envolvidos no tratamento e com conhecimento do médico assistente – podem ter acesso bem como transcrever nos mesmos seus achados sempre na busca do melhor para o paciente, sem, no entanto, deixar constar do mesmo qualquer discordância em relação à orientação devendo, tais questões serem esclarecidas pelo outro profissional da área de saúde junto ao médico assistente.

Em relação ao período após a internação só se houver autorização e interesse do paciente, poderão os profissionais de outras áreas de saúde – da mesma forma que médicos não envolvidos no tratamento.

O Diretor Clínico e o Diretor Técnico podem ter acesso ao prontuário sem, no entanto, transcreverem no mesmo qualquer comentário em relação ao seu conteúdo.

A Direção Administrativa da Unidade, bem como os demais Setores pertencentes à Unidade podem ter acesso para que possam efetuar de forma correta a cobrança com gastos de exames, medicamentos, materiais utilizados etc. É obrigatório que os funcionários destes Setores também estejam cientes da obrigação do sigilo profissional.

O prontuário médico - documento físico – fica sob a guarda do Hospital ou Unidade de Saúde que assiste o paciente. O médico assistente detém os direitos autorais da elaboração do prontuário e, de acordo com o Professor Genival Veloso de França é o "único responsável pela sua existência e validade". Entretanto, os dados e as informações ali contidas pertencem, exclusivamente, ao paciente a quem se refere o prontuário. Nenhuma informação ou dado do prontuário pode ser divulgado sem a autorização do paciente que pode, a qualquer momento, solicitá-los. Nesse caso, deve o médico e/ou a instituição de saúde fornecer, de imediato, as informações específicas, cópias de exames e terapêutica utilizada, permanecendo o prontuário – documento físico - sob sua guarda. Este é o princípio do segredo médico – sigilo profissional. Este é o significado da afirmação "o prontuário médico pertence ao Hospital". É o parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 129, DE 04 DE JUNHO DE 2003

Questões relativas a prontuário médico.

EMENTA: Esclarece que a anamnese, o exame físico, diagnóstico(s), prescrições, procedimentos e exames realizados são dados exclusivos do paciente e expõe que quanto ao paciente ter se apoderado indevidamente do prontuário cabe apurar quem facilitou o acesso ao mesmo pelo paciente.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual solicita parecer quanto ao paciente se apoderar de sua ficha médica, sem o conhecimento do médico, e revelar o conteúdo a terceiros.

PARECER: O paciente é proprietário dos dados a ele pertinentes que se encontram no prontuário, que fica sob a guarda da instituição e/ou do médico assistente. A anamnese, o exame físico, diagnóstico(s), prescrições, procedimentos e exames realizados são dados exclusivos do paciente, e as cópias integrais desses documentos devem ser fornecidas. Quanto às evoluções, e demais anotações subjetivas, deve ser elaborado relatório sucinto e objetivo das informações relacionadas ao paciente.

Quanto ao paciente ter se apoderado indevidamente do prontuário cabe apurar quem facilitou o acesso ao mesmo pelo paciente, tendo quem o fez incorrido, a nosso ver, em grave falha que poderia ser danosa ao paciente e ao médico, bem como à instituição através de seu Responsável Técnico. É o parecer, s. m. j.

Comissão de Infecção Hospitalar e o Controle da Infecção Hospitalar

A boa higiene hospitalar é um componente importante que deve integrar as estratégias para prevenção das infecções hospitalares. Nesta intervenção, como em várias outras, por razões éticas não temos estudos randomizados que comprovem sua eficácia. Mas todas estas recomendações são importantes e fundamentais para um bom programa de controle de infecção hospitalar.

- 1- O ambiente hospitalar deve estar visivelmente limpo, livre de sujidade ou poeira, aceitável para os pacientes, visitantes e *staff*.
- 2- Quando algum item é usado em mais de um paciente, deve ser limpo a cada uso.
- 3- É necessária regulamentação para a disposição segura dos resíduos hospitalares, manipulação da roupa usada ou infectada, higiene alimentar e controle de pragas.
- 4 - Todos os funcionários envolvidos nas atividades de higiene hospitalar devem ser incluídos nas ações educativas e de treinamento para a prevenção das infecções hospitalares. (www.ccih.med.br).

Não existe um índice aceitável de infecção hospitalar. Infecção hospitalar é toda infecção adquirida durante a internação hospitalar e geralmente provocada pela própria flora bacteriana humana, que se desequilibra com os mecanismos de defesa anti-infecciosa em decorrência da doença, dos procedimentos invasivos (soros, cateteres e cirurgias) e do contato com a flora hospitalar.

Embora o problema seja antigo, foi somente a partir dos anos 70 que as instituições hospitalares começaram a fazer estudos mais aprofundados sobre o assunto. Entre 1983 e 1985, a Organização Mundial de Saúde deu destaque ao tema promovendo um levantamento em 14 países com o objetivo de quantificar a incidência da Infecção Hospitalar. Ao final do estudo, no entanto, os próprios organizadores reconheceram que a amostra não era representativa, porque a incidência da infecção hospitalar varia de hospital para hospital e de uma região para outra. Daí porque infectologistas do mundo inteiro garantem que não existe um índice aceitável de infecção hospitalar. (www.opas.org.br).

A forma de escolha, mandato e número de integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) deverão estar claramente definidos no Regimento Interno. (PEREIRA FILHO, Antonio, CARNEIRO, Luiz Fernando, MACHADO, Maria Luiza R. de Andrade. Manual de Diretoria Clínica. CREMESP, 2000.).

Sua competência e procedimentos obedecerão as normas contidas na Lei nº 9.431/97, na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616/98 e na Resolução CREMERJ nº 83/95.

LEI Nº 9.431, DE 06 DE JANEIRO DE 1997

Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de Programa de Controle de Infecções Hospitalares pelos hospitais do País.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Os hospitais do País são obrigados a manter Programa de Controle de Infecções Hospitalares - PCIN.

§1º Considera-se programa de controle de infecções hospitalares, para os efeitos dessa lei o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução mínima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§2º Para os mesmos efeitos, entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Art.2º Objetivando a adequada execução de seu programa de controle de infecções hospitalares, os hospitais deverão constituir:

I - Comissão de Controle de Infecções Hospitalares.

(...) **Art.9º** Aos que infringirem as disposições desta Lei aplicam-se as penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. (...)

Consulte na íntegra: www.ccih.med.br/leis/9431_97.htm

PORTARIA MS Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998

Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares e revoga a Portaria MS nº 930/92.

(...) **Resolve:**

Art.1º Expedir (...) diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art.2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

(...) **Art.6º** Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

(...) **Art.8º** Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

Consulte na íntegra: www.ccih.med.br/portaria2616.htm

RESOLUÇÃO-RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Revoga a Resolução-RDC nº 33/2003.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - Diretrizes Gerais. (...)

(...) **CAPÍTULO II - ABRANGÊNCIA**

Este Regulamento aplica-se a todos os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde - RSS. Para efeito deste Regulamento Técnico, definem-se como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Consulte na íntegra: www.anvisa.gov.br

RESOLUÇÃO SES Nº 746, DE 7 DE JUNHO DE 1992

Estabelece critérios para a organização das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIHs.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º As CCIHs terão um núcleo executivo mínimo básico, composto de médico e enfermeiro, com conhecimento e experiência que permitam a implementação das atividades discriminadas no Art. 2º desta Resolução, nomeados pelo Diretor Geral do Hospital.

§1º O núcleo executivo básico terá carga horária integralmente dedicada às CCIHs.

§2º As CCIHs terão um enfermeiro para cada 250 leitos ativos no mínimo.

§3º Outros membros, com dedicação integral ou parcial, serão indicados de acordo com as peculiaridades e disponibilidades de cada unidade hospitalar consoantes às recomendações da Portaria nº 196 do Ministério da Saúde.

§4º Nas unidades hospitalares de pequeno porte (menos de 50 leitos), as atividades das CCIHs poderão ser exercidas pelo Diretor Médico e pelo Enfermeiro Chefe.

Art.2º As CCIHs deverão exercer as seguintes atividades:

1. implementar um sistema de vigilância epidemiológica, visando evitar ou detectar precocemente as infecções hospitalares, bem como acompanhar a eficácia das medidas propostas;
2. o sistema de vigilância epidemiológica deve incluir a coleta, por método de busca ativa, análise e divulgação dos dados mais significativos;
3. realizar treinamento em serviço;
4. elaborar normas técnicas complementares, de acordo com as particularidades do hospital, para a prevenção das infecções hospitalares, com ênfase no acompanhamento de sua aplicação;
5. sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções hospitalares;
6. implementar todas as medidas recomendadas e supervisionar a sua aplicação;
7. encaminhar a notificação das doenças de notificação compulsória à autoridade sanitária;
8. estudar os casos detectados de infecção hospitalar e investigar os possíveis surtos.

Art.3º As CCIHs terão subordinação administrativa direta ao Diretor Geral de cada Hospital. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 83, DE 11 DE JANEIRO DE 1995

Obriga a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar,
em todos os estabelecimentos hospitalares.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Tornar obrigatória a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os estabelecimentos hospitalares.

Parágrafo único. As demais Unidades de Saúde deverão estabelecer igualmente Programa de Prevenção e Controle Interno de Infecção.

Art.2º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico, ou por qualquer outro mecanismo que a Unidade julgar adequado, devendo ser formada preferencialmente por profissionais com treinamento específico na área.

§1º Todas as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar deverão, através das Direções Técnicas das Unidades, comunicar ao CREMERJ a sua criação, composição e alteração de seus membros.

(...) **Art.3º** A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade.

Art.4º Os Diretores Técnicos das Unidades serão os responsáveis pelo fiel cumprimento da presente Resolução.

Art.5º Ficam revogadas as Resoluções CREMERJ nº 72/94 e 82/94.

Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica e Saúde Mental

“Os Transtornos Mentais e de Comportamento são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Correlatos de Saúde (CID-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas.

São exemplos de Transtornos Mentais e de Comportamento a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas.

A evidência científica moderna indica que os Transtornos Mentais e Comportamentais resultam de fatores genéticos e ambientais ou, noutras palavras, da interação da biologia com fatores sociais. O cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem é o comportamento humano mero resultado do determinismo ambiental. Já desde antes do nascimento e por toda a vida, os genes e o meio ambiente estão envolvidos numa série de complexas interações. Essas interações são cruciais para o desenvolvimento e evolução dos Transtornos Mentais e Comportamentais.” (Transcrição de partes do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), da ONU, para o ano de 2001, sobre saúde mental no mundo, editado em português pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sob o título: Saúde Mental, Nova Concepção, Nova Esperança).

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

(...) **Art.1º** Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art.2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII- ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX- ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art.3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a

promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art.4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art.5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art.6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I- internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II- internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III- internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art.7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art.8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art.9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art.10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art.11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos

conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.407, DE 08 DE JUNHO DE 1994

Adota os princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Adotar os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91, e cujo texto está anexo a esta Resolução, como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.408, DE 08 DE JUNHO DE 1994

Dispõe acerca da responsabilidade do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e dos Médicos Assistentes, quando no atendimento de pessoas com transtorno mental.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º - É de responsabilidade do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e dos Médicos Assistentes a garantia de que, nos estabelecimentos que prestam assistência médica, as pessoas com transtorno mental sejam tratadas com o respeito e a dignidade inerentes à pessoa humana. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.598, DE 09 DE AGOSTO DE 2000

Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É dever do médico assegurar a cada paciente psiquiátrico seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados para sua situação clínica.

Art.2º É de responsabilidade do diretor técnico, do diretor clínico e dos médicos que prestem assistência a pacientes psiquiátricos garantir que esses sejam tratados com respeito e dignidade.

Art.3º Diretores técnicos e diretores clínicos são também responsáveis pela harmonia e integração da equipe multiprofissional envolvida na assistência aos enfermos psiquiátricos.

Parágrafo único - A participação em uma equipe multiprofissional não justifica a delegação de procedimentos específicos de cada profissão, nem isenta a responsabilidade profissional de cada agente diante dos organismos de fiscalização.

Art.4º O diagnóstico de doença psiquiátrica é um procedimento médico que deve ser realizado de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente, e não com base no status econômico, político, social ou orientação sexual, na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente significativa para o estado de saúde mental da pessoa examinada.

Art.5º Os médicos que atuam em estabelecimentos de assistência psiquiátrica são responsáveis pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência. É de competência exclusiva dos médicos a realização de diagnósticos médicos, indicação

de conduta terapêutica, as admissões e altas dos pacientes sob sua responsabilidade.

Art.6º Nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

Parágrafo único - Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente, e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal.

Art.7º Médicos assistentes e plantonistas, bem como outros médicos envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes psiquiátricos, devem contribuir para assegurar a cada paciente hospitalizado seu direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.

Parágrafo único - O tratamento e os cuidados a cada pessoa enferma serão baseados em um plano discutido e prescrito individualmente, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional habilitado.

Art.8º Os médicos investidos de funções políticas ou administrativas de chefia, coordenação ou planejamento da assistência ou de fiscalização do ato médico são também responsáveis por tratamentos desumanos, ou sem base científica, aplicados aos pacientes psiquiátricos nos serviços situados em sua área de competência, por decorrência de sua ação ou omissão.

Art.9º Nenhum estabelecimento de saúde pode recusar o atendimento sob a alegação de que o paciente seja portador de transtorno mental, desde que este apresente um agravo somático e necessite de assistência médica.

Parágrafo primeiro - Os médicos têm o dever de denunciar qualquer membro de sua equipe de trabalho que se revele incapaz de desempenhar com perícia, prudência e diligência sua atividade profissional, principalmente se essa for realizada em paciente sob sua responsabilidade técnica.

Parágrafo segundo - Quando questionado em sua conduta profissional por superior, colega ou agente de outra profissão que componha a equipe, o médico tem o direito e o dever de registrar a razão da controvérsia e pedir a opinião da Comissão de Ética Médica e, em grau de recurso, o Conselho Regional de Medicina.

Art.10. Qualquer tratamento administrado a um paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário médico.

Art.11. Um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado, por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido.

Art.12. Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais com qualquer risco não podem ser realizados em nenhum paciente psiquiátrico sem o seu prévio consentimento esclarecido e em obediência ao que preceituam as normas do Conselho Nacional de Saúde para investigação em seres humanos.

Art.13. O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de

Ética Médica e na legislação vigente.

Art.14. Os pacientes psiquiátricos têm direito de acesso às informações a si concernentes, inclusive as do prontuário, desde que tal fato não cause dano a si próprio ou a outrem.

Art.15. A internação de um paciente em um estabelecimento de assistência psiquiátrica pode ser de quatro modalidades: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial, após processo regular.

Parágrafo primeiro - A internação voluntária é feita de acordo com a vontade expressa do paciente em consentimento esclarecido firmado pelo mesmo.

Parágrafo segundo - A internação involuntária é realizada à margem da vontade do paciente, quando este não tem condições de consentir mas não se opõe ao procedimento.

Parágrafo terceiro - A internação compulsória por motivo clínico ocorre contrariando a vontade expressa do paciente, que recusa a medida terapêutica por qualquer razão.

Parágrafo quarto - A internação compulsória por decisão judicial resulta da decisão de um magistrado.

Parágrafo quinto - No curso da internação, o paciente pode ter alteração na modalidade pela qual foi admitido originariamente.

Art.16. Nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento faz constar do prontuário as razões da internação, bem como os motivos da ausência de consentimento do paciente - neste caso, deve buscar o consentimento de um responsável legal.

Art.17. Nas internações compulsórias por motivo clínico, o médico que realiza o procedimento admissório deve fazer constar do prontuário médico uma justificativa detalhada para o procedimento, e comunicar o fato ao diretor clínico, que submeterá o caso à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias.

Art.18. Um estabelecimento médico só pode realizar internações psiquiátricas compulsórias se contar com uma Comissão de Revisão de Internações Compulsórias.

Parágrafo primeiro - A Comissão de Revisão de Internações Compulsórias constitui-se pelo diretor clínico ou técnico, como coordenador, e mais dois médicos pertencentes ou não ao corpo clínico, regularmente inscritos no CRM.

Parágrafo segundo - Compete à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias avaliar todos os casos de internação compulsória e decidir sobre a pertinência do procedimento em parecer, que deve constar do prontuário médico do paciente.

Parágrafo terceiro - O membro da Comissão de Revisão de Internações Compulsórias não poderá participar da avaliação quando ele for responsável pela internação ou pela assistência do paciente internado compulsoriamente.

Parágrafo quarto - Se a decisão for contrária à do médico que indicou a internação, este pode recorrer à Comissão de Ética do estabelecimento, que dará a decisão final e se responsabilizará pela mesma.

Parágrafo quinto - Todo este processo deverá durar, no máximo, sete dias úteis.

Art.19. São considerados estabelecimentos médico-psiquiátricos todos aqueles que se destinam a executar procedimentos diagnósticos psiquiátricos ou assistirem a enfermos psiquiátricos, e que requeiram o trabalho de um ou mais psiquiatras para desempenhar sua atividade-fim, inclusive as unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Parágrafo único - Tais estabelecimentos só podem previamente funcionar se inscritos no Conselho Regional de Medicina, em cuja jurisdição estejam situados.

Art.20. Os Conselhos Regionais de Medicina não registrarão os estabelecimentos de saúde que mantenham atendimentos psiquiátricos que não atendam às normas éticas enunciadas nesta Resolução. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.640, DE 10 DE JULHO DE 2002

Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º A eletroconvulsoterapia (ECT), como método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito, deve ser realizada em ambiente hospitalar.

Art.2º O emprego da eletroconvulsoterapia é um ato médico, o que faz com que sua indicação, realização e acompanhamento sejam de responsabilidade dos profissionais médicos que dela participarem.

Art.3º O consentimento informado deverá ser obtido do paciente, por escrito, antes do início do tratamento.

Parágrafo primeiro - Nas situações em que o paciente não apresentar condições mentais e/ou etárias necessárias para fornecer o consentimento informado, este poderá ser obtido junto aos familiares ou responsáveis pelo mesmo.

Parágrafo segundo - Nas situações em que não houver possibilidade de se obter o consentimento informado junto ao paciente, sua família ou responsável, o médico que indicar e/ou realizar o procedimento tornar-se-á responsável pelo mesmo, devendo reportar-se ao diretor técnico da instituição e registrar o procedimento no prontuário médico.

Art.4º O médico investido na função de direção deverá assegurar as condições necessárias e suficientes para a realização do procedimento, tais como: instalações físicas, recursos humanos, aparelhagem e equipamentos tecnicamente adequados.

Art.5º A avaliação do estado clínico do paciente antes da eletroconvulsoterapia é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas.

Art.6º A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico seguindo as orientações constantes na Resolução CFM nº 1.363/93.

Art.7º O tratamento só poderá ser realizado em local que assegure a privacidade.

Art.8º Os aparelhos de ECT a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, máquinas de corrente de pulsos breves e com dispositivo de ajuste da corrente.

Parágrafo único - As máquinas de corrente de ondas sinusoidais e com dispositivos de ajuste da voltagem deverão ser progressivamente substituídas pelas supracitadas.

Art.9º A eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas, não se tratando, por conseguinte, de terapêutica de exceção.

Parágrafo primeiro - Suas principais indicações são: depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica), certas formas agudas e produtivas resistentes aos neurolépticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias às condições clínicas (estados confusionais e

catatônicos secundários às doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson; pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

Parágrafo segundo - O uso da eletroconvulsoterapia em crianças e adolescentes até 16 anos deverá ser evitado, salvo em condições excepcionais. (...)

PARECER CFM Nº 42, DE 13 DE OUTUBRO DE 1990

Se Diretor Clínico de Hospital Psiquiátrico deve ser um profissional especializado em Psiquiatria.

CONSULTA: Consulta-nos (...) se existe determinação legal no sentido de que o Diretor Clínico de hospital psiquiátrico deva necessariamente ser um profissional especializado em psiquiatria.

PARECER: Inicialmente cabe esclarecer que da forma como foi colocada a indagação, o consulente se refere ao DIRETOR TÉCNICO, de que trata o Decreto nº 20.931/32, "principal responsável habilitado para o exercício da medicina" no estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, a quem cabe, segundo os termos da Resolução CFM nº 687/75, a co-responsabilidade direta e maior por quaisquer infrações apuradas nas citadas instituições e, ainda, conforme estatui o Art. 11 da Resolução CFM nº 997/80, "terá sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

Mas o consulente faz referência específica ao Diretor do Hospital PSQUIÁTRICO, do que podemos inferir, em nossa análise, igual tratamento ao Chefe de Clínica do "Departamento" ou "Enfermaria" de Psiquiatria em um hospital geral, para efeito de responsabilidade de direção, naquilo que é específico à especialidade principal, predominante, objetivo da assistência.

O Art. 29 do Decreto nº 20.931/32 determina que a direção do estabelecimento destinado a abrigar indivíduos que necessitem de assistência médica e se achem impossibilitados, por qualquer motivo, de participar de atividade social, e especialmente os destinados a acolher parturientes, alienados (grifo nosso), toxicômanos, inválidos, etc., será confiado a um médico especialmente habilitado (grifo nosso).

O Decreto nº 24.559/34 estabelece em seu Art. 4º que são considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social.

No mesmo artigo, o parágrafo único determina que os estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, deverão ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispor de pessoal idôneo, moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente.

Finalmente, o Art. 5º do Decreto supra-citado define que: "É considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver, pelo menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado".

CONCLUSÃO: Considerando o contido no Art. 29 do Decreto nº 20.931/32, no Art. 4º e parágrafo único

e no Art. 4º do Decreto nº 24.559/34, a resposta ao quesito posto pelo consulente é sim. Do ponto de vista LEGAL os estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou privados, deverão ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados.

Este CFM, no entanto, não pode olvidar que os decretos leis mencionados distam no tempo cinqüenta e oito e cinqüenta e seis anos, respectivamente, e, portanto, já não traduzem a realidade dos dias atuais. Tanto assim é que o Art. 2º do Decreto nº 24.559/34 cria Conselho de Proteção aos Psicopatas, de cuja composição participam membros tais como um Juiz de Órfãos, o Chefe de Polícia do Distrito Federal, um representante da Assistência Judiciária etc. Esses componentes revelam de forma fidedigna o grau de preconceituosidade existente a época, em relação ao doente mental. Eram na verdade casos de polícia."

Hodiernamente, quando a psiquiatria moderna advoga, como um dos fatores fundamentais à recuperação do doente mental, a sua reinserção no seio da família e da sociedade, quando a assistência a saúde caminha a passos largos para ser efetuada mediante a atuação de equipes multi-profissionais, não é admissível a estreiteza que o Decreto nº 24.559/34 traz no seu bojo. Se não bastasse, o mesmo decreto se contradita com a Lei que disciplina a profissão do médico e que dá a este o direito de exercer a medicina em todas as áreas.

Portanto, compete a este Conselho Federal exercer efetivamente seu papel de agente catalizador das transformações sociais, propugnando pela revogação do referido decreto, colocando-se, assim, ao lado do novo, na sua luta incessante contra o velho. Este é o meu parecer s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 115, DE 13 DE AGOSTO DE 1997

Institui, em toda Unidade Assistencial de Saúde do Estado do Rio de Janeiro que efetue internações psiquiátricas, a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, cuja composição deverá receber Certificado de Registro do CREMERJ.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Fica instituída, em toda Unidade Assistencial de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que efetue internações psiquiátricas, a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica.

Art.2º A Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica deverá ser composta, no mínimo, por três membros titulares e dois membros suplentes, dos médicos do Corpo Clínico da Unidade Assistencial de Saúde.

§1º O médico Responsável Técnico da Instituição é membro titular nato da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica.

§2º A Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica será criada por designação da Direção da Unidade Assistencial, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo, que a Unidade Assistencial julgar adequado.

Art.3º Cabe à Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica avaliar e decidir sobre a necessidade do prosseguimento da internação do usuário desde que a internação tenha:

I- ocorrido de modo involuntário, isto é, sem o consentimento do usuário, ou, que tendo a princípio sido voluntária, isto é, com o consentimento do usuário, perca esta característica, por dela desistir o usuário e

entendendo seu médico ser necessária a continuação do tratamento a nível nosocomial, e II-completado 7 (sete) dias, ou, III- depois da primeira avaliação, periodicamente a cada 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - Em caso do usuário ser cliente de um dos membros titulares da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, este fica impedido da avaliação e decisão sobre o caso, sendo substituído por um dos membros suplentes.

(...) **Art.9º** O não cumprimento do disposto nesta Resolução é considerado falta ética por parte do Responsável Técnico de Instituições Assistenciais de Saúde, obrigadas à organização da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, referida no Art. 1º supracitado. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 151, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2000

Dispõe sobre as normas a serem obedecidas na aplicação da eletroconvulsoterapia quando definidas as indicações psiquiátricas para a mesma.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º A eletroconvulsoterapia, por se constituir em ato médico, só poderá ser aplicada por médico, cabendo sua indicação ao médico responsável pelo tratamento do paciente.

Art.2º A eletroconvulsoterapia poderá ser empregada nas seguintes indicações psiquiátricas, a critério do médico responsável pelo tratamento do paciente:

- a) estado depressivo grave com ou sem risco de suicídio;
- b) psicoses agudas graves;
- c) quadros psiquiátricos resistentes à terapêutica psicofarmacológica;
- d) impossibilidade do uso da terapêutica psicofarmacológica.

Art.3º Antes do início das aplicações deverá ser obtido o consentimento informado do paciente, por escrito.

§1º Caso o paciente, a juízo do médico responsável pelo tratamento do mesmo, não tenha condições psíquicas para o consentimento informado, deverá ser obtido o consentimento informado da família.

§2º Em caso de não localização da família, será necessário parecer escrito de outro médico, recomendando a aplicação da eletroconvulsoterapia.

Art.4º A avaliação clínica prévia para a análise do risco do método é obrigatória.

Parágrafo único. Caso o médico responsável pela aplicação decida pela utilização de procedimento anestésico, o ato deverá obedecer às Resoluções CFM nº 1.363/93 e 1.409/94.

Art.5º São cuidados mínimos indispensáveis antes, durante e após a aplicação:

- a) manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores;
- b) proteção da arcada dentária;
- c) proteção das estruturas ósteo-articulares;
- d) presença do médico responsável pela aplicação até a estabilização dos parâmetros vitais do paciente.

Parágrafo único - A privacidade durante a aplicação da eletroconvulsoterapia é obrigatória.

Art.6º É equipamento mínimo para a aplicação, a ser feita obrigatoriamente pelo médico, aparelho para aplicação de eletroconvulsoterapia, construído e em condições de uso, de acordo com as normas técnicas NBR IEC 601-1, de novembro de 1994, e NBR IEC 601-2-14, de fevereiro de 1998, da Associação Brasileira de Normas Técnicas, em anexo. (...)

PARECER CREMERJ Nº 36, DE 28 DE JUNHO DE 1995

Fechamento de emergência psiquiátrica, atuação de médico psiquiatra e recusa de internação psiquiátrica de emergência.

EMENTA: Esclarece que os Serviços de Emergência só podem ser fechados se houver cobertura assistencial para as necessidades da clientela; que o médico não pode omitir socorro em casos de emergência de qualquer natureza; e que a internação psiquiátrica só poderá ser recusada se não for caso de emergência.

CONSULTA: Parecer emitido como resposta ao questionamento de fechamento de Setor de Emergência Psiquiátrica e, solicitação de esclarecimentos sobre as atitudes a serem adotadas pelo médico plantonista em hospital sem condições técnicas (número insuficiente de leitos e quantitativo reduzido de recursos humanos) para atender emergências psiquiátricas.

PARECER: 1- Um hospital não é legalmente obrigado a manter serviço de emergência. Isto dependerá de sua estrutura interna, organização, finalidades, sistema operacional, local em que está instalado, demanda, ligação funcional com outros hospitais etc. Pelas mesmas razões, um serviço de emergência já em funcionamento só poderá ser fechado, desde que sejam atendidas as necessidades da população local e assegurado o atendimento emergencial em estabelecimento próximo. Deverá haver ampla divulgação junto à população quanto a não existência de serviço de emergência, orientando a clientela para como proceder e para onde encaminhar o usuário que necessita do atendimento. Não ser em um hospital de pequeno porte, com poucos leitos e que não interne pacientes em estado grave, não é razoável exigir-se que um único médico plantonista atenda à demanda externa e os pacientes internados. Em hospitais de médio ou grande porte onde não haja serviço de emergência funcionando, o médico plantonista atenderá apenas aos pacientes internados os que não o exime de prestar os primeiros socorros em um caso de emergência ou urgência e providenciar a remoção ou encaminhamento do demandante ao serviço adequado mais próximo, após a avaliação do paciente.

Quanto ao remanejamento de médicos de outros setores para um serviço de emergência, tal dependerá da economia interna do hospital, de sua organização funcional e de outros parâmetros administrativos que só sua direção poderá avaliar e determinar. Em caso de incúria administrativa, desídia funcional ou outra anomalia, qualquer médico poderá dirigir-se, desde que fundamentadamente, ao CREMERJ, expondo a situação.

2- Em casos de emergência, ... nenhuma outra consideração deve prevalecer a não ser tentar salvar a vida da pessoa, com os recursos disponíveis. Não havendo recursos ou faltando ao médico a capacidade técnica necessária, cabe prestar os primeiros socorros e providenciar a remoção, encaminhamento ou vinda de atendimento de emergência. É importante assinalar que o médico sempre, em qualquer circunstância, é obrigado a prestar os primeiros socorros de emergência, sob pena de infração legal (omissão de socorro - Art. 135 do Código Penal) e ética (Art. 35 do Código de Ética Médica). Quando se tratar de urgências (...), caberá sempre, em qualquer circunstância, o primeiro atendimento, após o que o médico orientará o paciente ou seus acompanhantes a procurar estabelecimento mais adequado se ocorrer superlotação falta de recursos ou de profissionais especializados. Levando-se em conta a imprevisibilidade de muitas situações de urgência em Medicina,

o médico - e somente ele - será responsável legal e eticamente pela ponderação e avaliação do caso, ou seja, se o paciente pode ser despedido sem maior risco de agravo à sua saúde pela demora do atendimento ou outra distorção possível (por exemplo, não entendimento claro da orientação dada) ou se é melhor deixá-lo no serviço apesar das más condições de assistência.

Parafraçando um famoso axioma jurídico: na dúvida, faça o que for melhor para o paciente. Quase sempre, em que pese a má qualidade dos muitos locais de atendimento médico, é preferível acolher o paciente a deixá-lo perambular em busca de socorro. *Mutatis mutandis* tudo que foi dito se aplica às situações que não sejam de emergência ou urgência.

3- A expressão "crise psíquica aguda" é mais usada nos meios psicológicos que nos ambientes médicos. Acreditamos que o consulente queira se referir a "emergências psiquiátricas". Se assim for, a resposta já está dada.

4- Uma internação psiquiátrica só pode ser recusada se não for uma situação de emergência. Em esta ocorrendo, não prevalecem alegações como falta de vagas, excesso de pacientes, má qualidade do atendimento, falta de leitos, falta de profissionais e outras que tais. (...)

PARECER CREMERJ Nº 86, DE 01 DE JANEIRO DE 2000

Versa sobre a questão de alta a pedido.

EMENTA: Afirma que se o paciente, de plena posse de suas faculdades mentais, recusar internação, o médico deve liberá-lo, salvo nos casos de iminente perigo de vida. Recomenda que seja procurado o responsável pelo paciente nos casos em que o médico julgá-lo incapaz de dispor sobre si. Consta os procedimentos que o médico deve seguir em situações nas quais se configure a alta a pedido em situações normais ou em feriados ou fora do expediente ambulatorial.

CONSULTA: Consulta solicitando esclarecimentos sobre os procedimentos relativos à questão da alta a pedido.

PARECER: Trata-se de solicitação de informações formulada pela Dra. L.M.B.S., do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Municipal Jesus, versando sobre a alta de paciente sem que haja recomendação do médico responsável ou, por outras definições, a chamada a pedido.

Após estudo de caso, constatamos que os procedimentos a serem seguidos nas situações em que o paciente não acata os procedimentos médicos e decide, por conta própria, deixar o estabelecimento médico são os seguintes:

1) Se o paciente, de plena posse de suas faculdades mentais, recusa internação, o médico deve, munido-se das cautelas necessárias – no caso, documento assinado pelo doente, na presença de testemunhas -, liberá-lo do atendimento. O profissional não pode se impor à vontade do paciente se este se encontrar apto a manifestar sua vontade, exceto nos casos de iminente perigo de vida do paciente, quando o médico não deverá proceder a alta.

2) Nos casos em que houver alteração mental, incapacitando o paciente do auto-discernimento e da ampla autonomia, deverá ser acionado, caso haja, o seu responsável. Em qualquer hipótese, é obrigatória a consulta à Comissão de Revisão de Internação Psiquiátrica.

3) Caso seja confirmada a alta a pedido, as medidas adotadas deverão ser: a anotação na papeleta do paciente sobre o tipo de alta e a comunicação do fato aos responsáveis legais.

4) Quando os casos em tela acontecerem em feriados ou fora do expediente ambulatorial, a autoridade que deverá ser contatada será a da Delegacia de Polícia, responsável pela jurisdição do Nosocômio. (...)

Registro e Cadastramento de Estabelecimentos de Prestação de Serviços Médicos

Todas as instituições, nas quais se pratique assistência médica, estão obrigadas a ter um médico como Diretor Técnico e a se inscrever no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde atuam.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - **CNES** é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

O **CNES**, visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, Federal, Estadual e Municipal.

Para maiores informações, acesse: <http://cnes.datasus.gov.br/>

LEI Nº 6.839, DE 30 DE OUTUBRO DE 1980

Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões.

(...) **Art.1º** O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 997, DE 23 DE MAIO DE 1980

Cria nos CRMs e CFM os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Ficam criados nos Conselhos Regionais de Medicina e no Conselho Federal de Medicina os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica, respectivamente, com a finalidade de propiciar melhores condições ao desempenho da ação fiscalizadora de competência daqueles órgãos.

Art.2º Os estabelecimentos de saúde, também chamados serviços de saúde ou unidade de saúde, onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando a promoção, proteção e recuperação

da saúde e que sejam de direção técnica de médicos, deverão ser cadastrados no Conselho Regional de Medicina da área correspondente à sua localização.

Art.3º Os pedidos de inscrição no Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde mantidos nos Conselhos Regionais é de competência do médico que estiver investindo na direção técnica do mesmo, sendo conseqüentemente o seu principal responsável e deve ser acompanhado de prova de que seu funcionamento está licenciado e regularizado nas repartições competentes e mais ainda da prova de que o peticionário tem situação regular perante o Conselho Regional de Medicina.

Art.4º Os Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde que já estejam em funcionamento deverão providenciar junto aos Conselhos Regionais de Medicina, dentro de sessenta (60) dias, a contar da data da publicação desta Resolução, o cadastramento dos estabelecimentos que dirigem.

Art.5º A denominação dos estabelecimentos de saúde deve estar de acordo com os conceitos definições postos em vigor pelo Ministério da Saúde.

Art.6º Os Conselhos Regionais de Medicina deverão encaminhar ao Conselho Federal os dados relativos aos cadastramentos dos estabelecimentos de saúde feitos em suas respectivas áreas, para a formação e atualização do Cadastro Central dos citados estabelecimentos.

Art.7º Os Médicos Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde estão obrigados a remeter ao Conselho Regional de Medicina, no 1º trimestre de cada ano, a relação dos profissionais médicos que atuam no estabelecimento, bem como comunicar as alterações que forem se verificando no decorrer de cada ano.

Art.8º No caso de afastamento do Médico Diretor Técnico do estabelecimento de saúde, deverá o cargo ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico legalmente habilitado, e essa substituição comunicada, dentro de vinte e quatro (24) horas ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de procedimento disciplinar, envolvendo o médico que se afasta e aquele que substitui, caso haja omissão daquela providência.

Art.9º Os estabelecimentos de saúde, que sob qualquer forma divulgarem anúncios, respondem, na pessoa de seu Diretor Técnico, perante os Conselhos Regionais de Medicina, pelos aspectos antiéticos dos mesmos anúncios.

Art.10. Os estabelecimentos de saúde, que sob qualquer forma anunciarem especialidades médicas, deverão ter a seu serviço profissionais registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, nas correspondentes especialidades.

Parágrafo único. A não observância do estabelecido neste artigo constitui infringência ética, por parte do Diretor Técnico.

Art.11. O Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

Art.12. A falta de cumprimento no disposto nesta Resolução, por parte dos médicos, Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde, constitui obstáculo à ação fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina, configurando infração ética, sujeita à ação disciplinar pelos respectivos Conselhos Regionais.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.236, DE 14 DE MARÇO DE 1987

Obriga os estabelecimentos de saúde destinados ao exercício da Medicina Física e Reabilitação a inscrever-se, exclusivamente, nos CRMs.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Os estabelecimentos de saúde destinados ao exercício da Medicina Física e Reabilitação estão obrigados a inscrever-se exclusivamente nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme determina a Lei nº 6.839, de 30 de setembro de 1980.

Art.2º Os estabelecimentos de saúde acima mencionados deverão obrigatoriamente ser dirigidos por médicos, designados Diretores Técnicos.

Art.3º Os médicos responsáveis pela Direção Técnica dos Serviços de Medicina Física e Reabilitação deverão exercer suas atividades no local onde estiver instalado serviço sob sua direção.

Art.4º Compete unicamente aos médicos fazer diagnóstico, solicitar exames, prescrever terapêutica e dar alta a pacientes nos Serviços de Medicina Física e Reabilitação.

Art.5º É vedado ao médico, com exercício profissional nos Serviços de Medicina Física e Reabilitação, atribuir ou delegar funções de sua exclusiva competência para profissionais não habilitados ao exercício da Medicina. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.590, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999

É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde;

Parágrafo Único - Entende-se como Conselho Regional de Medicina competente, nos termos do *caput* deste artigo, o da unidade da federação em que as empresas citadas exerçam suas atividades, independentemente do estado onde esteja situada sua sede ou matriz.

Art.2º As empresas referidas no artigo 1º desta Resolução terão obrigatoriamente um Diretor Técnico em cada unidade federativa que responderá eticamente perante o Conselho Regional de Medicina em que atuar. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.642, DE 07 DE AGOSTO DE 2002

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito. Revoga as Resoluções CFM nºs: 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82, 1.340/90.

(...) **CONSIDERANDO** que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina; (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.716, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004

Aprova instruções para cadastro e registro de pessoa jurídica nos Conselhos de Medicina. Revoga as Resoluções CFM nº 1.214/1985, 1.588/1999, 1.589/1999, 1.604/2000 e 1.626/2001.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Baixar a presente instrução, constante no anexo a esta resolução, aos Conselhos Regionais de Medicina, objetivando propiciar a fiel execução da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, e da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art.2º Esta resolução e as instruções constantes no anexo entram em vigor na data da publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Resoluções CFM nºs. 1.214, de 16 de abril de 1985, 1.588, de 11 de novembro de 1999, 1.589, de 15 de dezembro de 1999, 1.604, de 15 de setembro de 2000 e 1.626, de 23 de outubro de 2001. (...)

ANEXO CAPÍTULO I CADASTRO E REGISTRO

Art.1º A inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento prestador e/ou intermediador de assistência médica dar-se-á através do cadastro ou registro, obedecendo-se as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art.2º Os estabelecimentos hospitalares e de saúde, mantidos pela União, estados-membros, municípios, bem como suas autarquias e fundações públicas, deverão se cadastrar nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição territorial, consoante a Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980.

Parágrafo único - As empresas e/ou instituições prestadoras de serviços exclusivos médico-hospitalares mantidas por associações de pais e amigos de excepcionais e deficientes, devidamente reconhecidas como de utilidade pública, nos termos da lei, devem cadastrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina da respectiva jurisdição territorial.

Art.3º As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde com personalidade jurídica de direito privado deverão ser registrados nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição em que atuarem, nos termos da Lei nº 6.839, de 30 de

outubro de 1980, e Lei nº 9.656, de 03 de julho de 1998.

Parágrafo único - Estão enquadrados no “caput” deste artigo:

- a) as empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares de diagnóstico e/ou tratamento;
- b) as empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatórios para assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares;
- c) as cooperativas de trabalho e serviço médico;
- d) as operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos de autogestão e as seguradoras especializadas em seguro-saúde;
- e) as organizações sociais que atuam na prestação e/ou intermediação de serviços de assistência à saúde;
- f) serviços de remoção, atendimento pré-hospitalar e domiciliar;
- g) empresas de assessoria na área de saúde;
- h) centros de pesquisa na área médica;
- i) empresas que comercializam serviços na modalidade de administradoras de atividades médicas.

Art.4º A obrigatoriedade de cadastro ou registro abrange, ainda, a filial, a sucursal, a subsidiária e todas as unidades das empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde citadas nos artigos 2º e 3º desta resolução.

Art.5º O cadastro ou registro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento deverá ser requerido pelo profissional médico responsável técnico, em requerimento próprio, dirigido ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição territorial. (...)

CAPÍTULO II RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Art.9º O diretor técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art.10. A responsabilidade técnica médica de que trata o artigo anterior somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita, através da empresa ou instituição onde exercia a função.

Art.11. A empresa, instituição, entidade ou estabelecimento promoverá a substituição do diretor técnico ou clínico no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir do impedimento, suspensão ou demissão, comunicando este fato ao Conselho Regional de Medicina - em idêntico prazo, através de requerimento próprio assinado pelo profissional médico substituto, sob pena de suspensão da inscrição - e, ainda, à Vigilância Sanitária e demais órgãos públicos e privados envolvidos na assistência pertinente.

Art.12. Ao médico responsável técnico que também fizer parte do corpo societário da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento somente é permitido requerer baixa da responsabilidade técnica mediante requerimento próprio informando o nome e número de CRM de seu substituto naquela função. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.722, DE 18 DE JUNHO DE 2004

Veda aos médicos prestarem serviços a planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contratos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É vedado aos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina qualquer tipo de relacionamento de prestação de serviços médicos às empresas de planos de saúde, autogestão, cooperativas médicas ou seguros que comercializem planos de saúde que não tenham inscrição no cadastro de pessoas jurídicas junto ao respectivo Conselho Regional de Medicina e, conseqüentemente, diretores técnicos e/ou diretores clínicos também não relacionados no Conselho Regional de Medicina.

Art.2º A partir da publicação desta resolução fica obrigatória a assinatura dos diretores técnicos de planos de saúde, hospitais, clínicas ou outros estabelecimentos de saúde, nos contratos de prestação de serviços médicos, mesmo que a responsabilidade daqueles seja solidária àquela concernente à Direção Comercial na consecução dos referidos contratos.

Parágrafo único - Os médicos que prestarem seus serviços profissionais a planos de saúde e outros acima citados e que não observarem frente ao Conselho Regional de Medicina do seu estado o cumprimento do contido no *caput* deste artigo estarão sujeitos às devidas apurações éticas.

Art.3º Cabe aos diretores técnicos e/ou diretores clínicos das Pessoas Jurídicas inscritas no Conselho Regional de Medicina o cumprimento desta resolução. (...)

PARECER CFM Nº 14, DE 09 DE MARÇO DE 2000

Transporte aeromédico.

EMENTA: O transporte aeromédico é uma atividade que exige registro nos Conselhos Regionais de Medicina, onde a empresa tem atividades operacionais, ficando a responsabilidade técnica a cargo do diretor médico. (...)

PARECER CFM Nº 14, DE 10 DE ABRIL DE 2003

Responsável técnico pelo IML.

EMENTA: É obrigatória a inscrição dos IMLs nos respectivos CRMs, bem como a indicação de um médico como diretor técnico, de acordo com a legislação vigente. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 23, DE 25 DE JANEIRO DE 1988

Institui a Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART), e estabelece normas a serem seguidas pelos estabelecimentos de saúde.

(...) RESOLVE:

Art.1º Instituir a Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART), expedida pelo CREMERJ, com o nome do médico Diretor Técnico da instituição e com o seu respectivo número de inscrição no Conselho.

Art.2º Os estabelecimentos de saúde deverão manter em local de fácil acesso e visível ao público a Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica.

Art.3º A Certidão de anotação de responsabilidade técnica será renovada anualmente no ato do pagamento das anuidades devidas pelos estabelecimentos de saúde ao CREMERJ.

Art.4º No caso de afastamento de médico Diretor Técnico do estabelecimento de saúde, deverá o cargo ser imediatamente ocupado por um substituto, também médico legalmente habilitado, sendo essa substituição comunicada dentro de 24 horas ao CREMERJ, sob pena de procedimento disciplinar envolvendo o médico que se afasta e aquele que o substitui. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 80, DE 16 DE NOVEMBRO DE 1994

Obriga o registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico, das empresas com atividades de transporte de pacientes.

(...) RESOLVE:

Art.1º Todas as empresas que desenvolvam atividades de transporte de pacientes no Estado do Rio de Janeiro deverão manter registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 81, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1994

Obriga o registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico, dos estabelecimentos de prestação, direta ou indireta, de serviços médicos.

(...) RESOLVE:

Art.1º Todos os estabelecimentos de prestação, direta ou indireta, de serviços médicos estão obrigados a manter registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico.

(...) **Art.2º** Incluem-se na obrigatoriedade do Art. 1º os planos de saúde privados, bem como qualquer gênero de administração de serviços de saúde mantidos, direta ou indiretamente por empresas públicas ou privadas. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 120, DE 04 DE FEVEREIRO DE 1998

Dispõe sobre a obrigatoriedade de inscrição no CREMERJ de todas as firmas terceirizadas de prestação de serviços médicos, ainda que atuem em estabelecimentos de saúde já registrados neste Conselho.

(...) RESOLVE:

Art.1º Todas as firmas de prestação de serviços médicos, ainda que atuando em estabelecimentos de saúde já registrados no CREMERJ estão também obrigadas a manter registro no CREMERJ.

Art.2º Para emissão da Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART), a firma de prestação de serviços médicos indicará o nome do médico Responsável Técnico, com o seu respectivo número de inscrição no Conselho.

Art.3º O CART da firma de prestação de serviços médicos deverá ser mantido em local de fácil acesso e exposto ao público nos estabelecimentos de saúde onde o mesmo atua.

Art.4º A responsabilidade ético-profissional do médico Responsável Técnico da firma de prestação de serviços médicos, quanto aos atos médicos praticados por sua empresa, não isenta a eventual responsabilidade ético-profissional do Responsável Técnico da Instituição ou estabelecimento de saúde contratante de seus serviços. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 158, DE 25 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre os requisitos a serem atendidos pelas unidades de saúde que oferecem estágio aos estudantes de Medicina, cria a figura do médico acompanhador.

(...) RESOLVE:

Art.1º Os estabelecimentos de saúde que desejem receber alunos de Medicina para estágio deverão estar cadastrados no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro para esta finalidade.

§1º A inscrição no cadastro efetivar-se-á após aprovação pela Comissão de Ensino Médico.

§2º No documento de cadastramento serão especificadas as especialidades médicas do campo de estágio a serem oferecidos, bem como a descrição das atividades a serem exercidas pelos alunos. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 182, DE 26 DE JUNHO DE 2002

Dispõe sobre auditoria médica e contestação de procedimentos médicos (Glosa).

(...) RESOLVE:

Art.1º A Auditoria Médica, por se constituir em Ato Médico, só pode ser executada pelo médico, devidamente registrado no CREMERJ.

Parágrafo único - Caso a Auditoria Médica seja realizada por Empresa de Auditoria, esta deverá estar devidamente registrada no CREMERJ, sendo o seu Responsável Técnico o responsável pelos atos realizados. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 184, DE 02 DE OUTUBRO DE 2002

Cria o registro de Departamento Médico e/ou de Saúde em Clube, no âmbito do CREMERJ.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Fica criado o registro de Departamento Médico e/ou de Saúde em Clube, no âmbito do CREMERJ.

Parágrafo único. Para efeitos desta Resolução o termo Clube engloba qualquer entidade, empresa ou organização de ordem esportiva, social ou recreativa, onde haja a prática de atividades físicas ou esportivas, desempenhadas pelos usuários, sócios e/ou atletas, profissionais ou amadores.

(...) **Art.3º** O Departamento Médico e/ou de Saúde em Clube será obrigatoriamente chefiado por médico, tendo Diretor Técnico médico, ambos registrados no CREMERJ.

§1º O Diretor Técnico oficializará sua condição através do termo de aceitação da função.

§2º Caso seja de conveniência do Clube e havendo concordância do médico, a Chefia e a responsabilidade técnica poderão ser exercidas pelo mesmo profissional médico. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 186, DE 08 DE JANEIRO DE 2003

Dispõe sobre o registro e acerca das chefias de Setores das Unidades Assistenciais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º As Unidades Assistenciais de Saúde onde se executam atos médicos deverão ser registradas e/ou cadastradas no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Art.2º As Unidades Assistenciais de Saúde para se registrarem e/ou cadastrarem no CREMERJ deverão indicar um médico como Responsável Técnico, que será o responsável por assegurar à Instituição as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art.3º Os Setores das Unidades Assistenciais de Saúde, que tenham profissionais médicos desempenhando atos médicos, serão, obrigatoriamente, chefiados por profissionais médicos.

Art.4º Os Setores das Unidades Assistenciais de Saúde onde atuem profissionais médicos que não executem atos médicos poderão ser chefiados por profissionais de qualquer formação. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 187, DE 08 DE JANEIRO DE 2003

Disciplina a prestação de serviços médicos à população em eventos especiais.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Em todo evento especial as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde devem obedecer, rigorosamente, a legislação vigente.

§1º Considera-se evento especial, para os efeitos desta Resolução, qualquer aglomeração com estimativa de público superior a 1000 (mil) pessoas reunidas para atividades de qualquer natureza, como artísticas, religiosas, esportivas, festas de fim de ano (Natal e Ano Novo), Carnaval, espetáculos

musicais, feiras, exposições ou em concursos públicos e outras.

§2º As exigências gerais ou específicas formuladas pelo Grupo de Socorro de Emergência/CBMERJ/GSE serão também, obrigatoriamente, respeitadas e executadas.

Art.2º É obrigatório o cadastramento dos entes públicos ou o registro das empresas privadas prestadoras ou contratadoras de serviços de assistência médica em eventos especiais junto ao CREMERJ, nos termos da Resolução CFM nº 1.626/2001.

Art.3º A responsabilidade técnica relativa a cada evento especial deverá ser assumida por médico, regularmente inscrito no Conselho, a quem será conferida Certidão de Responsabilidade Técnica. (...)

O Corpo Clínico e o Regimento Interno

Corpo Clínico é o conjunto de médicos que atuam de modo permanente e regular numa instituição de assistência médica, seja um hospital, uma casa de saúde, uma policlínica etc. As vezes o Corpo Clínico é também chamado de Corpo Médico, porém a nomenclatura mais usual e consagrada pela tradição é Corpo Clínico.

Sendo composto única e exclusivamente por médicos, não deve ser confundido com Corpo Assistencial, expressão que se refere ao conjunto dos profissionais, inclusive médicos, que prestam assistência num hospital: enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais etc.

As diretrizes gerais para os regimentos internos de Corpo Clínico das entidades prestadoras de assistência médica no Brasil são estabelecidas pela Resolução CFM nº 1.124, de 29 de agosto de 1983 e pela Resolução CFM nº 1.481, de 08 de agosto de 1997.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.124, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

Define normas em relação ao Regimento Interno dos Estabelecimentos de Saúde, no que se refere à estruturação do Corpo Clínico.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O Regimento Interno dos Estabelecimentos de Saúde deverá estruturar o Corpo Clínico, especificando as atribuições do Diretor Clínico, dos Chefes de Clínicas e da Comissão de Ética, bem como a forma de admissão e de exclusão de seus membros.

Art.2º Para o exato cumprimento do disposto no inciso anterior, o Regimento Interno do Estabelecimento disciplinará o processo de admissão e o de exclusão dos membros do Corpo Clínico.

Art.3º O Regimento Interno deverá ser aprovado pelo Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.231, DE 10 DE OUTUBRO DE 1986

Assegura a todo médico o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado mesmo não fazendo parte do Corpo Clínico.

(...) **RESOLVE:**

1. A todo médico é assegurado o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte de seu Corpo Clínico, ficando sujeitos, nesta situação, o médico e o paciente às normas administrativas e técnicas do Hospital.

2. O Regimento Interno do Corpo Clínico dos Hospitais deverá, explicitamente, conter que o médico não integrante do seu Corpo Clínico possa promover as internações necessárias nestes estabelecimentos hospitalares. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.481, DE 08 DE AGOSTO DE 1997

Determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais desta Resolução.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Determinar que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais abaixo relacionadas.

Art.2º Os Diretores Técnico e Clínico das Instituições acima mencionadas terão o prazo de 60 dias para encaminhar ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que atuam documentação comprobatória do atendimento a esta Resolução.

§1º Cópia do Regimento Interno com as devidas alterações.

§2º Cópia da Ata da Assembléia de Corpo Clínico que aprovou o Regimento Interno com as alterações previstas nesta Resolução.

§3º Caso o Regimento Interno da Instituição já atenda o previsto nesta Resolução, os Diretores Técnico e Clínico deverão encaminhar cópia do mesmo e da Ata da Assembléia que o aprovou.

Art.3º Revogar a Resolução CFM nº 1.445/94.

“DIRETRIZES GERAIS PARA OS REGIMENTOS INTERNOS DE CORPO CLÍNICO DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL”

DEFINIÇÃO: O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Obs.: Nas instituições em que a expressão “corpo clínico” designar a totalidade de profissionais de nível superior que nela atuem, estas diretrizes aplicar-se-ão ao conjunto de médicos reunidos sob qualquer outra denominação.

OBJETIVOS: O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;

assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;

colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;

estimular a pesquisa médica;

cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada;

estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

COMPOSIÇÃO: O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição. (Art. 25 do Código de Ética Médica)

ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO: O Regimento Interno deverá prever a existência do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos Diretores Técnico e Clínico e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

ELEIÇÃO: O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por

votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

COMPETÊNCIAS: O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

freqüentar a Instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;

participar das suas Assembléias e Reuniões Científicas;

votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;

eleger o Diretor Clínico e seu substituto, Chefes de Serviço, bem como a Comissão de Ética Médica;

decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;

colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.

DELIBERAÇÕES: O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quorum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar assembléias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

DIREITOS E DEVERES: O Regimento Interno deverá prever os direitos dos seus integrantes, respeitando como fundamentais:

a autonomia profissional;

a admissão e exclusão de membros será decidida pelo Corpo Clínico garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;

o acesso à Instituição e seus serviços;

a participação nas Assembléias e Reuniões;

o direito de votar, e conforme o caso, ser votado;

de receber a remuneração pelos serviços prestados de forma o mais direta e imediata possível;

decidir sobre a prestação dos serviços médicos no hospital, resguardando-se o direito do médico de decidir autonomamente sobre o atendimento a convênios, resguardados os princípios éticos;

comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Os deveres dos integrantes do Corpo Clínico também deverão ser claramente expressos, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da Instituição, por fatos de natureza administrativa, através de sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados. A penalidade de exclusão deverá ser homologada em assembléia do Corpo Clínico. Devem ser claramente mencionados os deveres de:

obediência ao Código de Ética Médica, aos Estatutos e ao Regimento Interno da Instituição;

assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;

colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;

cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;
colaborar com as Comissões específicas da Instituição;
deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de emergência.
Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição. (...)

PARECER CFM Nº 19, DE 08 DE ABRIL DE 2005

Atuação de médicos não-membros do Corpo Clínico no HNSA.

EMENTA: Pareceres não são privilégio do Corpo Clínico, mas os plantões e consultas ambulatoriais o são. A marcação de cirurgia deve obedecer as normas administrativas do hospital.**DA CONSULTA:** A direção do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, instituição filantrópica privada que funciona em regime de Corpo Clínico fechado, solicita, por causa de diversos problemas com médicos não pertencentes a seu corpo clínico, análise da Normativa nº 1/05 e formula três questões:

1. Se é lícito permitir que apenas médicos do corpo clínico se encarreguem de plantões, pareceres e consultas ambulatoriais;
2. Em caso de urgências, adotando o hospital a livre escolha da família, quais medidas podem ser tomadas para que médicos de qualificação técnica e ética desconhecida não sejam motivo de dificuldades para o hospital?;
3. Se é possível exigir que os cirurgiões marquem seus procedimentos eletivos com antecedência de 24 horas.

DO PARECER: Os plantões e o atendimento ambulatorial são, sem dúvida, atividades médicas que o Corpo Clínico tem o direito de considerar exclusivas de seus membros, na dependência do que estabelece o Regimento do mesmo. Aliás, desde que este seja elaborado consoante as diretrizes da Resolução CFM nº 1.481/97, como deve ser, a maioria das situações de dúvida e conflito é contornada. Em relação a pareceres, no entanto, creio ser legítimo e inteligente abrir o leque de possibilidades para estranhos ao Corpo Clínico, não só porque dificilmente o hospital disporá de todos os tipos de especialistas, como também porque o paciente, particular ou conveniado, pode manifestar preferência por um profissional estranho aos quadros do hospital, ainda que lhe seja explicado que entre os médicos próprios do hospital haja o especialista que seu caso requer. Assim deve entender o hospital, pois já se permite claramente que médicos não pertencentes ao Corpo Clínico internem seus pacientes e sejam por eles responsáveis, em obediência à Resolução CFM nº 1.231/86 e de acordo com o Parecer CFM nº 27/86, que lhe dá sustentação, e o artigo 25 do Código de Ética Médica. Na verdade, o fato de se internar um paciente em qualquer hospital é mais que direito ou privilégio do médico, mas sim o exercício da livre escolha do paciente e do livre exercício profissional, como bem acentua Genival Veloso de França em seus *Comentários ao Código de Ética Médica*.

Desta forma, tenho por respondida a primeira questão.

Considerando-se que o hospital dispõe de plantonistas para casos de urgência, o fato de sua condução por médicos estranhos aos quadros do hospital, por exigência da família e concessão da administração, não deve acrescentar nenhuma preocupação à administração. Uma vez que o problema médico tenha condições de ser solucionado por um membro do Corpo Clínico, mas que foi transferido para terceiro, por opção do paciente ou familiar, configura-se até redução da responsabilidade do hospital, pois a responsabilidade médica, por ser subjetiva, é repassada a outrem, alheio ao hospital. A responsabilidade do hospital, que é solidária, objetiva, independente de culpa, reflexo direto de sua condição de fornecedor de serviços, continua a mesma, embora possa ser elidida se houver prova de que o dano causado foi de exclusiva responsabilidade do médico ou do próprio paciente (Nota Técnica nº 26.SJ/00).

Assim, o hospital deve ficar restrito a continuar propiciando o melhor para o paciente, quer este seja tratado por médico de seu Corpo Clínico ou não. Reconheço, porém, que nessa última circunstância o hospital se veja limitado em sua luta por manter um quadro de profissionais de conduta irrepreensível, uma vez que o médico eleito pelo paciente possa merecer reparos técnicos e/ou éticos, de acordo com a apreciação do hospital, e mesmo assim venha a ali prestar serviço e, eventualmente, por ação ou omissão, macular o nome da instituição hospitalar ou seu prestígio. Infelizmente, não percebo saída para essa encruzilhada, a não ser divulgar e esclarecer devidamente o que de mal suceda, em virtude dessa situação particular. No fundo, ela é somente uma preocupação do hospital em manter seu padrão, o que é legítimo e louvável. Por outro lado, se há razão concreta para que o profissional seja tido como *persona non grata*, medidas pertinentes têm de ser adotadas, mas não se deve desprezar que, em princípio, todo médico é idôneo. Em aditamento, mandam o bom-senso e a educação que médico estranho ao quadro hospitalar, ao ser convidado para emitir parecer ou tomar outra atitude em relação a paciente internado, deve se apresentar à chefia do hospital, do Corpo Clínico ou da clínica, ou ao médico plantonista, identificando-se e demonstrando a razão de sua intervenção.

Assim, a segunda questão não pode ser respondida pontualmente, uma vez que ao hospital é vedado impedir, sem motivação justa, a prática profissional de um médico, mesmo que este não pertença ao seu quadro de pessoal. Se isso desperta algum tipo de desconforto, a atitude da direção ficará sujeita a entendimentos com o paciente e o médico escolhido, não sendo praticável discutir todas as possibilidades possíveis, bastando apenas compreender a responsabilidade que cabe ao hospital.

A terceira questão implica em ordenamento de competência do Corpo Clínico, a que devem se submeter todos os médicos, independentemente de serem ou não do hospital. A marcação de procedimentos, clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, deve seguir as regras fixadas como rotina do hospital, em perseguição da facilidade, agilidade e eficiência, não fazendo nenhum sentido ser diferente para médicos externos ao quadro. As cirurgias não fogem da regra geral, devendo ser agendadas com antecedência, no setor competente.

Por fim, a Normativa nº 1/05, que serviria de base para a ação de funcionários e plantonistas das portarias do hospital, não me parece infeliz, a não ser o item 2, excludente da hipótese de emissão de parecer por parte de médico estranho ao corpo clínico, que não pode ser mantido, conforme o comentado acima.

A missiva que enumerou os questionamentos discutidos conclui que têm ocorrido casos de desrespeito a normas técnicas da instituição. É lógico que o fato não compete ao CRM, mas uma direção segura,

vigilante e atuante será capaz de resolver satisfatoriamente esses desencontros indesejáveis. No que diz respeito a desobediências éticas, no entanto, cabe à direção formular a queixa diretamente ao CRM, para que sejam acionadas as providências necessárias.

CONCLUSÃO: Pareceres podem ser dados por médicos não pertencentes ao Corpo Clínico. Os plantões e consultas ambulatoriais são privilégios do Corpo Clínico do hospital e a marcação de cirurgias deve obedecer as rotinas estabelecidas pela administração hospitalar.

PARECER CREMERJ Nº 31, DE 06 DE ABRIL DE 1995

Aplicabilidade do art. 7º e 25 do C.E.M. responsabilidades de médico com processo em tramitação, de diretor técnico e do corpo clínico.

EMENTA: Comenta o Art. 7º e 25 do Código de Ética Médica, esclarece dúvidas quanto a profissional que responde a processo ético e ressalta as responsabilidades do Diretor Técnico e do Corpo Clínico.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a aplicabilidade do que está exposto no Art. 7º e 25 do C.E.M.; acerca do exercício de profissional que responde a processo médico em tramitação, bem como das responsabilidades do Diretor Técnico e do Corpo Clínico.

PARECER: Em resposta à solicitação da Delegacia Regional do Centro Norte Fluminense, tenho a esclarecer o seguinte:

1. De acordo com o artigo 25 do C.E.M.: "É direito do médico internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição."

Entretanto, o artigo 7º diz que "o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em caso de emergência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente."

Fica, portanto, claro que os solicitantes podem internar e assistir os seus pacientes internados, desde que "respeitadas as normas técnicas da instituição", cabendo aos médicos do hospital o direito de se negarem a atender ou auxiliar o atendimento daqueles pacientes, "salvo na ausência de outro médico, em caso de emergência, ou quando a negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente."

A assistência consiste nos diversos procedimentos de atendimento aos pacientes: operar, auxiliar cirurgia, atendimento de urgência etc.

2. O fato de médicos responderem a inúmeros processos médicos em tramitação não implica em condenação precoce. Até o julgamento dos mesmos não há nada que os impeça do exercício profissional. As penas por acaso impostas só serão aplicadas a partir daí.

3. O Diretor Técnico é o responsável pelo respeito ao conjunto de normas técnicas da Instituição, cabendo a ele fiscalizar o cumprimento das regras de intervenções e assistências aos pacientes internados. Quando estas regras forem desrespeitadas por qualquer médico, compete a ele tomar as providências cabíveis, podendo até apresentar queixa a Comissão Ética do Hospital ou ao Conselho Regional de Medicina.

4. Nos incidentes de ordem pessoal, cabe à justiça resolvê-los. Nos casos de incidentes de ordem profissional, a responsabilidade do corpo clínico restringe-se ao cumprimento das normas técnicas da Instituição e ao C.E.M. Ao Diretor Médico cabe fazer com que elas sejam respeitadas. É o parecer.

O Plantão Médico e o “Sobreaviso”

Médico plantonista é aquele contratado para participar de uma escala semanal (ou às vezes somente finais de semana), cobrindo as atividades de atendimento inicial aos pacientes, trabalhando sozinho no plantão ou acompanhado de outros plantonistas de acordo com a necessidade do serviço.

Geralmente o médico plantonista trabalha de 12, 24 e até 48 horas, com direito de receber horas extras após a quarta hora diária, assim como intervalo de 10 minutos a cada 90 minutos trabalhados e intervalos para refeição. Se isso não ocorrer, pois na prática muitas vezes é realizado somente o tempo para a ingestão da refeição - cerca de 20 a 30 minutos - ele, também, tem direito a recebê-los como extra.

A título de curiosidade, lembramos o disposto no artigo 244 da CLT, especificamente sobre empregados em estrada de ferro:

“Considera-se de sobreaviso o empregado efetivo que permanecer em sua própria casa aguardando a qualquer momento ser chamado para o serviço. Cada escala de sobreaviso será, no máximo, de vinte e quatro horas. As horas de sobreaviso, para todos efeitos, serão contadas à razão de 1/3 do salário normal.”

O Parecer CFM nº 13, de 11/05/90, considera constrangimento imposto ao médico a obrigatoriedade de participar de plantões ou de praticar qualquer ato médico que o mesmo não se ache tecnicamente preparado.

O Parecer CFM nº 19, de 12/11/93, considera descabida a exigência de escala de plantão gratuito e responde aos seguintes questionamentos:

(...) 2) Podem as instituições exigir dos médicos o cumprimento de escala de plantão obrigatório e gratuito por especialidade, quando os mesmos desejam apenas assistir seus pacientes conveniados e particulares? A exigência de cumprimento de plantão obrigatório e gratuito é descabida. Se existe uma escala de plantão e se o cumprimento desta é obrigatório, está claramente configurada relação trabalhista. Ao médico que aceita cumprir tais escalas, cabe o reconhecimento de vínculo empregatício e, portanto, de salários. Aos demais, não cabe a obrigatoriedade de prestar tal serviço.

(...) 4) Pode o hospital obrigar o médico a dar plantão fora de sua especialidade? Ninguém pode ser obrigado a fazer algo que não deseje, exceto por imposição legal. Não é o caso do médico, empregado da instituição, escalado para exercer atividade de plantonista “geral” ou socorrista. Habilidade para atender em setores de urgência ou primeiro atendimento é condição básica do exercício da Medicina e pode ser desenvolvida por qualquer médico.

5) Pode o hospital obrigar o médico a cumprir plantão à distância? As características de cada cidade, de cada hospital e o número de especialistas disponíveis tornam heterogênea a organização deste tipo de

trabalho. Um hospital de grande porte de uma grande cidade geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. Já numa pequena cidade como faria para manter tal leque de especialista de plantão?

A existência de “plantão à distância” - sobreaviso - é decorrência desta heterogeneidade de formas de organização. Estes plantões, naturalmente, não podem ser impostos e obrigatórios. O acordo entre profissionais e a administração das instituições é que estabelece estas formas de prestação de serviço.

6) Quando o plantão é obrigatório? Quando existe vínculo empregatício e quando, por acordo com o hospital, o médico aceita participar de escala de plantão.

7) De que forma o médico pode garantir seus direitos, sem correr o risco de ser prejudicado no exercício de suas atividades? Estes direitos devem ser garantidos aos médicos, tendo os Conselhos Regionais de Medicina, os Sindicatos Médicos, as Associações Médicas e a Justiça comum como foros para suas reivindicações. No entanto, deve ser ressaltado que a luta por direitos implica em riscos. Ao decidir lutar por direitos, todo cidadão assume o risco de eventuais retaliações.“

LEI Nº 3.999, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1961

Altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.

(...) **Art.8º** A duração normal de trabalho, salvo acordo escrito que não fira de modo algum o disposto no artigo 12, será:

- a. para médicos, no mínimo de duas horas e no máximo de quatro horas diárias;
- b. para os auxiliares será de quatro horas diárias.

§1º Para cada noventa minutos de trabalho gozará o médico de um repouso de dez minutos.

§2º Aos médicos e auxiliares que contratarem com mais de um empregador, é vedado o trabalho além de seis horas diárias.

§3º Mediante acordo escrito, ou por motivo de força maior, poderá ser o horário normal acrescido de horas suplementares, em número não excedente de duas.

§4º A remuneração da hora suplementar não será nunca inferior a 25% (vinte e cinco por cento) à da hora normal.

Art.9º O trabalho noturno terá remuneração superior à do diurno e, para esse efeito, sua remuneração terá um acréscimo de 20% (vinte por cento), pelo menos, sobre a hora diurna. (...)

Art.12. Na hipótese do ajuste ou contrato de trabalho ser incluído à base-hora o total da remuneração de vida não poderá perfazer quantia inferior a 25 (vinte e cinco) vezes o valor da soma das 2 (duas) primeiras horas conforme o valor horário calculado para a respectiva localidade.

(...) **Art.15.** Os cargos ou funções de chefias de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei. (...)

LEI Nº 9.436, DE 05 DE FEVEREIRO DE 1997

Dispõe sobre a jornada de trabalho de Médico, Médico de Saúde Pública, Médico do Trabalho e Médico Veterinário, da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais.

Art.1º A jornada de trabalho de quatro horas diárias dos servidores ocupantes de cargos efetivos integrantes das Categorias Funcionais de Médico, Médico de Saúde Pública, Médico do Trabalho e Médico Veterinário, de qualquer órgão da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, corresponde aos vencimentos básicos fixados na tabela constante do anexo a esta Lei.

§1º Os ocupantes dos cargos efetivos integrantes das Categorias Funcionais de que trata este artigo poderão, mediante opção funcional, exercer suas atividades em jornada de oito horas diárias, observada a disponibilidade orçamentária e financeira.

§2º A opção pelo regime de quarenta horas semanais de trabalho corresponde a um cargo efetivo com duas jornadas de vinte horas semanais de trabalho, observados, para este fim, os valores de vencimentos básicos fixados na tabela constante do anexo a esta Lei, assegurada aposentadoria integral aos seus exercentes.

§3º O adicional por tempo de serviço, previsto no art. 67 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, em qualquer situação de jornada de trabalho, será calculado sobre os vencimentos básicos estabelecidos no anexo desta Lei.

§4º As disposições constantes dos §§1º, 2º e 3º deste artigo produzem efeitos a partir de 15 de agosto de 1991, data da edição da Lei nº 8.216, de 13 de agosto de 1991, não importando na percepção de vencimentos anteriores; sendo convalidadas as situações constituídas até a data de publicação desta Lei. (...)

PARECER CFM Nº 09, DE 16 DE JANEIRO DE 2003

Plantão de sobreaviso.

EMENTA: Os plantões de sobreaviso constituem prática usual da organização de serviços médicos, devendo obedecer a normas rígidas de funcionamento para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a segurança do médico. O sobreaviso deve ser remunerado.

CONSULTA: (...) Os questionamentos acima se fazem necessários (...) haja vista que a Secretaria Estadual de Saúde refez as escalas de plantões dos servidores médicos e, além da carga horária de efetiva atividade, está exigindo que os médicos fiquem de "sobreaviso", com o compromisso de só pagar as horas em que o profissional for efetivamente acionado para atender alguma ocorrência, ignorando todo o período de expectativa e espera (...).

PARECER: Os plantões de sobreaviso são adotados nos diversos serviços de assistência médica, públicos ou privados, em todo o país. Caracterizam-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados. O médico "de sobreaviso" está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas, sendo devidamente remunerado, seja pelo SUS, por convênios em geral ou mesmo por clientes particulares.

Poucos hospitais, em geral localizados nos grandes centros urbanos, conseguem manter em seus plantões de emergência um contingente de 20 a 25 especialistas. Para a esmagadora maioria das unidades, uma decisão deste tipo tornaria inviável a prestação dos serviços, tanto do ponto de vista econômico quanto pela inexistência de profissionais disponíveis em todas as localidades.

A presente consulta refere-se à exigência feita aos médicos servidores públicos do estado de Rondônia para exercerem o sobreaviso além de sua jornada normal de trabalho, mediante pagamento irregular,

mas as considerações a seguir procurarão responder às várias demandas acerca deste tema.

DO PLANTÃO DE SOBREAVISO: Nas unidades de Pronto-Socorro, o atendimento às emergências deve ser previsto e assegurado nas 24 horas do dia, com alocação de recursos humanos conforme estabelecido na Resolução CFM nº 1.451/95.

Outras especialidades médicas não exigidas *in locum* podem, entretanto, estar disponíveis através de plantões de sobreaviso previamente definidos, o que atenderia perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não-eletiva, além de não acarretar prejuízo ou riscos aos pacientes.

São especialistas que geralmente atuam num segundo momento, após a ação do plantonista que presta o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições de suporte de vida. Esta característica de médico de segunda linha na atenção a uma emergência é que permite a adoção do plantão de sobreaviso, objetivando a otimização do atendimento.

Com efeito, há jurisprudência em nossa legislação ética para tais eventos. Em brilhante parecer, datado de 15 de fevereiro de 1993, o professor Genival Veloso de França exemplifica alguns serviços que não podem trabalhar com "plantões a distância", como Obstetrícia, Trauma ou Medicina Intensiva. No entanto, ressalva, *in verbis*:

"Coisa diferente é o elenco de especialistas credenciado para complementar o diagnóstico ou a terapêutica nas ocorrências fortuitas, pois seria impossível manter-se num mesmo plantão duas ou três dezenas de facultativos capazes de atender um ou outro caso isoladamente. Certas especialidades, como Otorrino, Oftalmologia ou Neurologia, podem ser solicitadas a darem sua contribuição complementar. Todavia, este não é o modelo, verei grata, para a Anestesiologia".

O Conselho Federal de Medicina, no Parecer nº 19, aprovado em 12 de novembro de 1993, analisa os plantões de sobreaviso e acolhe a opinião do relator, conselheiro Nilo Fernando Rezende Vieira, que respondendo à consulta: "poderia o hospital obrigar o médico a cumprir plantão a distância", assim se manifesta:

"As características de cada cidade, de cada hospital e o número de especialistas disponíveis tornam heterogênea a organização deste tipo de trabalho. Um hospital de grande porte, de uma grande cidade, geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. Já uma pequena cidade, como faria para manter tal leque de especialistas de plantão? A existência de "plantão a distância" - sobreaviso - é decorrência desta heterogeneidade de formas de organização. Estes plantões, naturalmente, não podem ser impostos e obrigatórios. O acordo entre os profissionais e a administração das instituições é o modo de estabelecer estas formas de prestação de serviços".

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo promulgou resolução específica para regulamentar os plantões de sobreaviso. Denominando-os como "plantões de disponibilidade de trabalho", define-os como "a atividade do médico que permanece à disposição da instituição, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado por intermédio de pager, telefone ou outro meio de comunicação, tendo condições de atendimento pronto e pessoal".

Decide, ainda, que o médico de sobreaviso só poderá ser acionado pela equipe médica do local, determinando ao plantonista que tomou tal decisão que "permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência". E enfatiza que "a responsabilidade pelas eventuais falhas de atendimento em decorrência dessa prática será assumida em conjunto pela instituição e pelo médico contratado".

Por fim, ressalva que a Resolução não abrange a atividade médica em Pronto-Socorro, já regulamentada pela Resolução CFM nº 1.451/95.

As legislações citadas (e mais alguns pareceres do CRM do Paraná) são unânimes ao alertar para os riscos de omissão de socorro, especialmente nos casos de sobreaviso. Para sintetizar nossa compreensão sobre esta infração ética, tomaremos por empréstimo, uma vez mais, as palavras do professor Genival Veloso de França:

"Os médicos responsáveis pelo socorro e os seus superiores imediatos, coniventes ou co-responsáveis pela omissão, podem ser argüidos em suas responsabilidades ética e legal, mesmo estando eles escudados no que se chamou de plantonistas 'de retaguarda' ou de 'sobreaviso'. (...) Em tese, a falta ao plantão reveste-se de características de infração ética, seja por deliberada intenção, seja pela ausência de comunicação ao setor competente do hospital, para que sejam tomadas as devidas providências. Por isso, deve a autoridade hierarquicamente superior ao plantonista estar ciente para prover a imediata substituição, evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento".

Pelo exposto, verifica-se que o plantão de sobreaviso é uma realidade nacional e tem o condão de suprir as necessidades de diferentes localidades no tocante à assistência médica. No entanto, sua regulamentação deve estar sujeita a normas rígidas e claras, não apenas para evitar eventual omissão de socorro e prejuízo no atendimento à população mas também para a segurança e garantia do próprio médico.

Assim, o médico que fica de sobreaviso tem a obrigação de permanecer à disposição da instituição de saúde, em jornada preestabelecida, aguardando o seu chamado. Não pode se afastar a ponto de ficar inalcançável, nem praticar outros atos médicos (por exemplo, cirurgia) que o impediriam de responder quando solicitado.

DO PERÍODO DE SOBREAVISO COMO JORNADA EFETIVA DE TRABALHO:

Não há como questionar o fato de que, enquanto o profissional estiver de sobreaviso para qualquer eventualidade, este tempo não seja computado como efetiva jornada de trabalho.

O médico escalado para o sobreaviso não pode se ausentar da cidade, ou das proximidades do hospital. Deve estar em condições de responder a um chamado com rapidez, e para tanto deve levar em consideração as condições de trânsito e distância. É obrigatório, também, que esteja alcançável por telefone ou outro meio de comunicação. São inaceitáveis as desculpas de que "não foi encontrado".

Além da ausência de privacidade, o que caracteriza o fato de o profissional permanecer em serviço, mesmo a distância, é a existência do vínculo estabelecido com a instituição que o contratou. Se tanta responsabilidade é exigida ao profissional, é obrigação da contratante o devido pagamento pelo sobreaviso, e aí se incluem tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.

No caso em apreciação, estamos tratando de servidores estaduais, com vínculo efetivo de trabalho, mas que são exigidos em regime de sobreaviso além do período de jornada normal de trabalho. Portanto, a regra é a mesma. Não se pode deixar de remunerar integralmente o tempo que o profissional está à disposição da instituição contratante, seja ela pública ou privada.

A Resolução nº 74, de 25/6/96, do CREMESP, citada anteriormente, estabelece em seu artigo 4º a obrigação de remunerar o plantão de sobreaviso.

O citado Parecer CFM nº 19/93, ao responder ao quesito de número dois: "Podem as instituições exigir dos médicos o cumprimento de escala de plantão obrigatória e gratuita por especialidade, quando os mesmos desejam apenas assistir seus pacientes conveniados e particulares", assim se pronuncia:

"A exigência de cumprimento de plantão obrigatório e gratuito é descabida. Se existe uma escala de plantão e se o cumprimento desta é obrigatório, está claramente configurada a relação trabalhista. Ao médico que aceita cumprir tais escalas cabe o reconhecimento de vínculo empregatício e, portanto, de

salários.

Aos demais, não cabe a obrigatoriedade de prestar tal serviço".

E cita, como exemplo, o artigo 244 da CLT, que define, estabelece prazo máximo e remunera o sobreaviso dos trabalhadores em estradas de ferro. No entanto, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) mais de uma já se pronunciou vez contrário à analogia entre os ferroviários e os profissionais de saúde. Argumenta que, diferentemente daqueles, estes profissionais "têm legislação própria (Lei nº 3.999/61) a disciplinar seu trabalho, inclusive com fixação de jornada, e que não guardam semelhanças com os empregados ferroviários".

Com efeito, a lei citada define a jornada regular (de rotina) dos médicos, fixando-a em quatro horas diárias, podendo chegar a seis horas, com duas horas extras. Entretanto, não existe regulamentação para outras jornadas adotadas pelos médicos, como o plantão, seja ele de seis, doze ou vinte e quatro horas. Muito menos para o plantão de sobreaviso médico.

O instrumento com valor legal para regulamentar qualquer jornada de trabalho diferente daquela prevista em lei é o Acordo Coletivo de Trabalho, estabelecido entre os profissionais médicos de instituição privada e o Sindicato Médico da jurisdição correspondente. No caso das instituições públicas, o caminho é a negociação com o poder competente, ou a lei.

Podemos citar o exemplo do Hospital de Furnas, em Angra dos Reis/RJ, erguido para atender aos funcionários da empresa e a um eventual acidente nuclear na usina atômica, que mantém seus médicos de sobreaviso, através de escalas de plantão, devidamente remunerados.

DA LEGISLAÇÃO: Quando o empregado permanecer à disposição do empregador, dentro de sua jornada normal de trabalho, fará jus à remuneração, uma vez que se verificam todos os requisitos legais previstos no artigo 3º da CLT.

Além disso, é preciso destacar que se o contrato de trabalho estabelecer quatro horas diárias e se o empregado efetivamente prestar algum labor extraordinário, além da 4ª hora diária ele fará jus a essa remuneração, conforme dispõe o artigo 7º, inciso XXX da Constituição.

No entanto, se o contrato de trabalho fixar uma jornada de 8 (oito) horas deve ser observado o salário da categoria para a jornada de 4 (quatro) horas e só serão consideradas como horas extraordinárias aquelas realizadas além da oitava. Nesse sentido, temos o voto do Ministro Rider Nogueira de Brito, no processo nº TST-E-RR -140.343/1994 - publicado no Diário da Justiça do dia 14.11.1996.

Um exemplo da situação acima é o caso do médico que possui jornada de 40 (quarenta) horas semanais, trabalhou 20 (vinte) horas no hospital, ficou 19 (dezenove) horas à disposição e, nessa hora, foi chamado para uma cirurgia que durou 05 (cinco) horas.

Nesta circunstância, o médico fará jus à remuneração da jornada normal (40 horas), devendo também ser remunerado pela jornada superior, que foram as quatro horas de cirurgia. Observe-se que por 1 (uma) hora ele ainda estava à disposição, na jornada normal, e nas outras 4 (quatro) horas estava em jornada extraordinária.

No caso dos servidores estaduais, a situação acima retratada não será diferente, haja vista que juridicamente é assegurado a todos os trabalhadores o direito à remuneração do serviço extraordinário. E também não há qualquer óbice para a criação do chamando sobreaviso.

Neste sentido, é imperioso destacar o que dispõe a Lei nº 8.112/90, ao tratar da remuneração do serviço extraordinário para o Servidor Público da União, in verbis:

"Do Adicional por Serviço Extraordinário

Art.73 O serviço extraordinário será remunerado com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) em

relação à hora normal de trabalho (...)"

(...) **DA CONCLUSÃO:** Face ao exposto, entendemos, salvo melhor juízo, que:

O plantão de sobreaviso é forma ética de organização dos serviços de assistência médica, devendo ser adotado sob normas rígidas para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir o trabalho do médico.

O sobreaviso deve ser remunerado, incluindo-se tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.

Não existe na legislação brasileira impedimento para que o empregador crie o "plantão de sobreaviso", dentro da jornada normal, garantindo-se a sua remuneração normal.

Observe-se que se houver labor além da jornada de trabalho, sempre serão devidas as horas extraordinárias a fim de compensar o empregado pelo período de disposição ao empregador. (...)

Desse modo, opinamos pela aprovação de resolução por este Conselho Federal, a fim de regulamentar o plantão de sobreaviso, para que as instituições de saúde possam ter um correto parâmetro para a eventual adoção dessa modalidade de prestação de serviços. É o parecer.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 193, DE 30 DE ABRIL DE 2003

Dispõe sobre plantão em disponibilidade de trabalho - médico alcançável.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Determinar que a modalidade de plantão médico em disponibilidade de trabalho é ato médico e só pode ser exercido por profissional médico devidamente registrado no CRM.

§1º Plantão em disponibilidade de trabalho é atividade em que o médico permanece à disposição da Unidade Assistencial de Saúde em horário pré-estabelecido e acordado previamente, para ser requisitado por intermédio de qualquer meio de comunicação, estando o profissional em condições de pronto atendimento pessoal e imediato, para ocorrências eventuais.

§2º O plantão em disponibilidade de trabalho não poderá ser cumulativo para o mesmo horário, constituindo-se infração ética a simultaneidade dos plantões acordados com mais de uma Unidade Assistencial.

Art.2º O plantão em disponibilidade de trabalho será sempre remunerado e pactuado entre as partes, sem prejuízo dos honorários devidos pelos serviços prestados, quando solicitado para atendimento.

Art.3º O médico em regime de plantão em disponibilidade de trabalho só pode ser acionado por determinação do Diretor Técnico, da equipe médica ou do médico plantonista da Unidade Assistencial de Saúde.

Art.4º Ao ser acionado o médico, que esteja de plantão em disponibilidade de trabalho, é obrigatório que o médico que tomou tal decisão permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência. (...)

PARECER CREMERJ Nº 55, DE 01 DE JANEIRO DE 1997

Plantão à distância, por médico especialista em endoscopia digestiva, inclusive em emergências, com reconhecimento da carga horária dispensada no sobreaviso.

CONSULTA: O consulente solicita ao CREMERJ parecer sobre proposta de organização de uma escala de alocação de recursos humanos para atendimento de pacientes a serem submetidos a procedimentos

endoscópicos, diagnósticos e terapêuticos, em regime eletivo ou rotina e nas emergências, através de plantões de disponibilidade (sobreaviso). A presente consulta foi motivada pelo fato de a Direção do Hospital não aceitar o plantão de disponibilidade como forma de atendimento, não reconhecendo conseqüentemente a carga horária dispensada, sob a alegação de que estaria criando precedente em relação a outras especialidades existentes no Hospital e lotadas no Setor de Emergência.

PARECER: Em primeiro lugar, é necessário contextualizar o motivo desta consulta. O referido Hospital, situado no Município do Rio de Janeiro, está implantando, com ineditismo no Serviço Público deste Estado, um novo projeto de gerenciamento hospitalar, baseado na concepção de que seu Corpo Clínico, redimensionado, trabalhe em regime de 40 horas semanais e realize, a partir da reorganização dos Serviços, todos os atendimentos daquela Unidade, sejam eles ambulatoriais, de rotina ou de emergência.

Um conceito bastante interessante, sem dúvida, posto que acaba com a histórica dicotomia entre aqueles Setores, notadamente entre a Rotina e a Emergência, fazendo com que os pacientes se beneficiem sempre com uma mesma conduta médica e com a suposta diminuição da burocracia. Justamente por ser inédito, há uma série de questões gerenciais a serem resolvidas, e o CREMERJ está acompanhando este processo com interesse.

No caso em tela, consideramos a questão levantada pelo Serviço de Endoscopia relevante, e acreditamo-la de fácil resolução, posto que não macula a filosofia de atendimento que está sendo implantada.

Analisemos, pois, os dois aspectos essenciais da consulta: a correção ética da proposta apresentada, envolvendo a sempre polêmica questão do plantão à distância, e a consideração do período de disponibilidade como jornada de trabalho efetiva.

1. DO PLANTÃO DE SOBREAVISO:

O Setor de Endoscopia Digestiva é indispensável num Hospital como o Salgado Filho. A Resolução CREMERJ nº 100/96, que estabelece as Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro, prevê sua existência nos hospitais de níveis III e IV de complexidade, e aquela unidade certamente estará enquadrada num deles.

Nosso consulente sustenta, ao fundamentar seu pleito, que o atendimento das emergências gastrointestinais deve ser previsto e assegurado nas 24 horas do dia, com alocação de recursos humanos, através de plantões de disponibilidade previamente definidos, o que atenderia perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não eletiva, além de não acarretar prejuízo ou riscos aos pacientes.

Argumenta ainda que o endoscopista é médico de suporte à emergência, tendo em vista que ele atua somente num segundo momento após a ação do clínico ou do cirurgião, que dariam o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições mínimas hemodinâmicas, inclusive com medidas preparatórias para a realização do exame endoscópico. Esta característica de médico de segunda linha na atenção a uma emergência gastrointestinal é que permitiria a adoção do plantão de disponibilidade, objetivando a otimização do atendimento.

Com efeito, há jurisprudência em nossa legislação ética para tais eventos. Em brilhante parecer, datado de 15 de fevereiro de 1993, o Professor Genival Veloso de França exemplifica alguns Serviços que não podem trabalhar com plantões à distância, como Obstetria, Trauma ou Medicina Intensiva. No entanto,

ressalva:

“Coisa diferente é o elenco de especialistas credenciado para complementar o diagnóstico ou a terapêutica nas ocorrências fortuitas, pois seria impossível manter-se num mesmo plantão duas ou três dezenas de facultativos capazes de atender um ou outro caso isoladamente. Certas especialidades, como Otorrino, Oftalmologia ou Neurologia, podem ser solicitadas a darem sua contribuição complementar. Todavia, este não é o modelo, *verbi gratia*, para a Anestesiologia?”

O Conselho Federal de Medicina, em parecer aprovado em 12 de novembro de 1993, nº 19/93, analisa os plantões à distância e acolhe a opinião do Relator, Conselheiro Nilo Fernando Rezende Vieira que, respondendo à consulta: poderia o Hospital obrigar o médico a cumprir plantão à distância, assim se manifesta:

“As características de cada cidade, de cada hospital e o número de especialistas disponíveis tornam heterogênea a organização deste tipo de trabalho. Um hospital de grande porte, de uma grande cidade, geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. Já uma pequena cidade, como faria para manter tal leque de especialistas de plantão. A existência de plantão à distância - sobreaviso - é decorrência desta heterogeneidade de formas de organização. Estes plantões, naturalmente, não podem ser impostos e obrigatórios. O acordo entre os profissionais e a administração das instituições é estabelecer estas formas de prestação de serviços.”

Note-se que a pergunta original é oposta à do nosso consulente. Mas a resposta conduz, tanto num quanto noutro caso, ao bom senso e à conciliação de interesses, evidentemente observadas as questões técnicas das especialidades envolvidas.

(...) O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP - avançou mais nesta questão, e promulgou Resolução específica para regulamentar os plantões à distância.

Todas as legislações citadas, e mais as do CRM do Paraná, são unânimes ao alertar para os riscos de omissão de socorro, mesmo nos casos de sobreaviso.

Para sintetizar nossa compreensão sobre esta infração ética, tomaremos por empréstimo, uma vez mais, as palavras do Professor Genival Veloso de França:

“Os médicos responsáveis pelo socorro e os seus superiores imediatos, coniventes ou co-responsáveis pela omissão, podem ser argüidos em suas responsabilidades ética e legal, mesmo estando eles escudados no que se chamou de plantonistas de retaguarda ou de sobreaviso. Em tese, a falta ao plantão reveste-se de características de infração ética, seja por deliberada intenção, seja pela ausência de comunicação ao setor competente do Hospital, para que sejam tomadas as devidas providências. Por isso, deve a autoridade hierarquicamente superior ao plantonista estar ciente para prover a imediata substituição, evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento.”

2. DO PERÍODO DE SOBREAVISO COMO JORNADA EFETIVA DE TRABALHO:

Não há como questionar o fato de que, enquanto o profissional estiver de sobreaviso para qualquer eventualidade, este tempo seja computado como efetiva jornada de trabalho.

O médico escalado para o sobreaviso não pode se ausentar da cidade, ou das proximidades do hospital, em se tratando de uma cidade como a do Rio de Janeiro. Deve estar em condições de responder a um chamado com rapidez, e para tanto deve levar em consideração as condições de trânsito e de distância. É obrigatório também que esteja alcançável por telefone ou outro meio de comunicação. São inaceitáveis as desculpas de que não foi encontrado.

Além da ausência de privacidade, o que caracteriza o fato de o profissional permanecer em serviço,

mesmo à distância, é a existência do vínculo empregatício. No caso em apreciação, estamos tratando de servidores municipais, com vínculo efetivo de trabalho, e não de prestadores de serviço eventuais. A Resolução nº 74, de 25/06/96, do CREMESP, mesmo ressalvando sua vigência para atividade médica em Pronto Socorro, assim regulamenta o plantão de disponibilidade:

“Art.2 Define-se como plantão de disponibilidade de trabalho a atividade do médico que permanece à disposição da instituição, cumprindo jornada de trabalho pré-estabelecida, para ser requisitado por intermédio de *pager*, telefone ou outro meio de comunicação, tendo condições de atendimento pronto e pessoal.

(...) Art.4 O plantão de disponibilidade, conforme descrito no artigo 2 , consiste em trabalho médico a ser remunerado”.

O já citado Parecer do CFM nº 19/93, ao responder ao quesito de número dois: podem as instituições exigir dos médicos o cumprimento de escala de plantão obrigatória e gratuita por especialidade, quando os mesmos desejam apenas assistir seus pacientes conveniados e particulares, assim se pronuncia:

“A exigência de cumprimento de plantão obrigatório e gratuito é descabida. Se existe uma escala de plantão e se o cumprimento desta é obrigatório, está claramente configurada a relação trabalhista. Ao médico que aceita cumprir tais escalas, cabe o reconhecimento de vínculo empregatício e, portanto, de salários.

Aos demais, não cabe a obrigatoriedade de prestar tal serviço”.

E cita, como exemplo, o artigo 244 da CLT, que define, estabelece prazo máximo e remunera o sobreaviso dos trabalhadores em estradas de ferro. De nossa parte, citamos o exemplo do Hospital de Furnas, em Praia Brava, Angra dos Reis, erguido para atender aos funcionários da empresa e a um eventual acidente nuclear na usina atômica, que mantém seus médicos de sobreaviso, através de escalas de plantão, devidamente remunerados.

Consideramos, portanto, factível a proposta apresentada pelo Setor de Endoscopia do Hospital Municipal Salgado Filho. Por todo o exposto, não há também como deixar de reconhecer o direito à remuneração pelos médicos escalados para plantões de sobreaviso naquela especialidade. (...)

PARECER CREMERJ Nº 58, DE 01 DE JANEIRO DE 1997

Plantão médico - jornada dupla de trabalho.

EMENTA: Esclarece que a jornada de trabalho do médico é disciplinada pela Lei nº 3.999 de 15/12/1961, e cita o seu artigo 8º. Expõe que pode haver casos excepcionais em que o médico pode e deve permanecer em atividade, mas afirma que isto não quer dizer que se deva ou se possa programar 02 plantões subseqüentes, seja na mesma unidade hospitalar, seja em outra, pois dificilmente o médico teria no 2 dia de plantão as condições ótimas de cumpri-lo de forma adequada.

CONSULTA: Consulta formulada por profissional médico, o qual solicita esclarecimentos acerca da existência, ou não, de algum impedimento legal em se exercer (02) plantões de 24 horas cada, em dias seguidos um do outro, em uma mesma instituição pública, sem intervalos entre eles.

PARECER: Pergunta o Dr. J. L. R. de M., ao CREMERJ, se há impedimento no exercício de dois plantões de 24 horas cada, em dias seguidos um do outro, na mesma Instituição.

Em relação a esta questão, foi ouvida a Assessoria Jurídica do CREMERJ, que no Protocolo nº 1.291/96 refere que a jornada de trabalho a ser exercida está disciplinada pela Lei nº 3.999 de 15/12/1961, que em seu artigo 8º estabelece:

"A duração normal de trabalho, salvo acordo escrito que não fira de modo algum o disposto no artigo 12, será:

a) Para médicos, no mínimo de duas horas e no máximo de quatro horas diárias."

O parágrafo 2º, ainda no artigo 8º, preceitua:

"Aos médicos e auxiliares que contratarem com mais de um empregador, é vedado o trabalho além de seis horas diárias."

Acrescenta ainda a Consultoria Jurídica que o tratamento diferenciado dado aos médicos com relação aos demais trabalhadores, decorre do grande desgaste das energias físicas e psíquicas que o trabalho médico por vezes impõe. Por isto, este privilégio visa resguardar saúde física e mental dos mesmos.

Pode haver, no entanto, casos excepcionais em que o médico, que por questões éticas não pode deixar pacientes desassistidos, e em casos de cirurgias que se prolonguem além do horário normal de trabalho, pode e deve permanecer em atividade.

Pode também o médico que cumpra plantão de 24 horas, por não contar com substituto, ter de permanecer no plantão após 24 horas no mesmo. Isto no entanto não quer dizer que se deva ou se possa programar 2 (dois) plantões subseqüentes, seja na mesma unidade hospitalar, seja em outra, pois dificilmente o médico no 2º dia de plantão teria as condições ótimas de cumpri-lo de forma adequada.

Há ainda Parecer emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, aprovado em Reunião Plenária de 26/01/1988.

Ressalta-se, contudo, que neste caso prolongar o plantão por período superior a 24 horas permanecendo por 36 ou 48 horas consecutivas em continuidade do seu plantão, visando cobrir o profissional faltoso, não constitui medida razoável e muito menos ponderada. De fato, deve ser levado em conta que o médico, assim como qualquer outro ser humano, após tão longo período de trabalho, não reunirá as condições físicas e intelectuais para exercer o seu mister condignamente. Porém, este fato também não justifica que o médico plantonista, que não foi substituído no horário aprazado, abandone o plantão e os pacientes sob seus cuidados. (...)

PARECER CREMERJ Nº 125, DE 12 DE MARÇO DE 2003

Questões relativas à terceirização de serviço médico de urgência e à demissão de médicos plantonistas.

EMENTA: Depreende que não pode o serviço inerente à atividade do empregador (atividade-fim) ser prestado por trabalhador que não seja empregado da empresa. Expõe que quanto à demissão em massa de médicos, tal atitude, em tese, poderá ser tomada pelo empregador, desde que pagos os direitos rescisórios aos empregados demitidos sem justa causa.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissionais médicos, os quais solicitam um parecer técnico-ético sobre: "1. Terceirização do serviço médico de urgência (clínica médica, clínica cirúrgica e pediatria) em hospitais que mantenham convênio com o SUS. 2. Demissão em massa dos plantonistas para contratação de novos médicos e/ou contratação de uma empresa prestadora de serviços médicos."

PARECER: O Protocolo foi gerado por profissionais médicos, que, em sucinta correspondência, solicitam "parecer técnico-ético, sobre: 1 – Terceirização do serviço de urgência (clínica médica, clínica cirúrgica e pediátrica), em hospitais que mantenham convênio com o SUS. 2 – Demissão em massa dos plantonistas para contratação de novos médicos e/ou contratação de uma empresa prestadora de

serviço médico”.

Trata-se, ao que nos foi dado inferir da solicitação, de questionamento acerca da relação empregatícia em estabelecimento privado de saúde conveniado ao SUS.

Nos estabelecimentos privados, sejam de que natureza forem, o regime legal das relações de trabalho é o da Consolidação das Leis do Trabalho.

O fenômeno, hoje em voga, da terceirização nas relações de trabalho, que nós chamamos de intermediação, não é desconhecido no judiciário trabalhista.

Neste sentido, o Tribunal Superior do Trabalho editou o Enunciado de nº 331 da sua jurisprudência, que diz:

I– A contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, formando-se o vínculo diretamente com o tomador dos serviços, salvo no caso de trabalho temporário (Lei nº 6.019, de 03/01/1974).

II– A contratação irregular do trabalhador, através de empresa interposta, não gera vínculo de emprego com os Órgãos da Administração Pública Direta, Indireta ou Fundacional (Art. 37, da Constituição da República).

III– Não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância (Lei nº 7.102, de 20/06/1983), de conservação e limpeza, bem como a de serviços especializados ligados à atividade-meio do tomador, desde que inexistente a pessoalidade e a subordinação direta.

IV – O inadimplemento das obrigações trabalhistas, por parte do empregador, implica na responsabilidade subsidiária do tomador de serviços quanto àquelas obrigações, inclusive quanto aos órgãos da administração direta, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista, desde que hajam participado da relação processual e constem também do título executivo judicial (Art. 71 da Lei nº 8.666/1993).”

Como se depreende da leitura do Enunciado acima, não pode o serviço inerente à atividade do empregador (atividade-fim) ser prestado por trabalhador que não seja empregado da empresa, sendo as exceções aquelas ali elencadas: trabalho temporário, conservação e limpeza, vigilância e os especializados ligados à atividade-meio do tomador.

Em nosso entendimento, os serviços médicos são de atividade-fim dos estabelecimentos de saúde – de natureza privada, credenciados ou não ao SUS – não podendo ser prestados por médicos não empregados, “terceirizados”.

No tocante à “demissão em massa” de médicos, cabe-nos orientar que, em razão de não existir em nosso sistema legal o instituto jurídico da estabilidade no emprego, tal atitude, em tese, poderá ser tomada pelo empregador, desde que pagos os direitos rescisórios aos empregados demitidos sem justa causa.

À segunda parte da indagação, acreditamos já termos respondido anteriormente. É o parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 130, DE 04 DE JUNHO DE 2003

Questões relativas a local de descanso para médicos plantonistas.

EMENTA: Dispõe sobre a Lei nº 3.999/61, a qual diz que “para cada noventa minutos de trabalho gozará o médico de um repouso de dez minutos”, e ressalta a Resolução- RDC nº 50/02, da ANVISA.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual expõe trabalhar em um hospital no pronto-socorro, em regime de 2 plantões de 12 horas. Diz, também, que por resolução da Direção o quarto dos médicos foi fechado durante o dia, sendo aberto apenas após às 21:00 horas. Informa, ainda,

que retiraram algumas camas para que se obrigue um médico de cada especialidade (clínico, cirurgião e pediatra) a permanecer acordado durante todo o horário noturno. Assim, o Consultante solicita saber se há alguma lei que obrigue um médico a ficar acordado durante todo o plantão mesmo sem ter atendimento e se não deve ser dado ao médico um local para ficar durante os plantões.

PARECER: A Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, em seu artigo 8º, §1º, diz que “para cada noventa minutos de trabalho gozará o médico de um repouso de dez minutos”, o que daria 20 minutos em 3 horas, 40 minutos em 6 horas, 60 minutos em 9 horas e de 80 minutos em 12 horas.

Além disto, a Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, reza, no item 8.6.3., em quarto de plantão para funcionários e alunos, o que nos faz pensar que seria uma determinação para melhorar o funcionamento.

A Assessoria Jurídica concorda com o exposto pela CODIPAR e ressalta que na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, da ANVISA, que “Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”, consta *in verbis*:

“Unidade Funcional: 8 – APOIO LOGÍSTICO, Atividade: 8.6.3. – UNIDADE / AMBIENTE: quarto de plantão para funcionários e alunos – Quantificação (mínima): 1 em cada unidade requerente – Dimensão (mínima): 5,0 m² com dimensão mínima = 2,0 m.” É o parecer; s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 137, DE 04 DE JULHO DE 2003

Questões relativas a plantão de médico pediatra.

EMENTA: A garantia das condições adequadas para o atendimento em emergência pediátrica pressupõe a presença efetiva do médico no setor. É responsabilidade da Direção Técnica do hospital prover as condições adequadas ao atendimento.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. A. dos S., acadêmico de Direito, o qual faz as seguintes indagações ao CREMERJ:

“1. É regulamentado por este Conselho o fato de um médico pediatra, único plantonista (24 horas) em Emergência naquela especialidade, em um nosocômio privado, ausentar-se do referido Setor para participar de ato cirúrgico eletivo (parto cesárea) sem a presença de um substituto naquela Emergência?

2. Caso neste momento, da ausência deste profissional, dê entrada no referido Setor um caso grave e esta criança venha a óbito na ausência do pediatra, quem responderá por esta possível “omissão”? O médico ou o hospital?”

O Consultante deixa claro que o plantonista somente se ausentou por imposição do proprietário e endossada pela Direção Médica do referido estabelecimento.

PARECER: A Câmara Técnica de Pediatria do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, analisando as questões apresentadas, entende que a garantia das condições adequadas para o atendimento nesta emergência pediátrica, incluindo-se a presença efetiva do médico no setor, é responsabilidade da Direção Técnica do hospital. Dessa forma, se comprovado que a ausência do médico, a qual pode ter contribuído para o desfecho desfavorável do referido caso grave, foi determinada por ordem da Direção, esta última poderá ser responsabilizada, após tramitação processual de rotina, no Conselho de Medicina. É o parecer; s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 143, DE 01 DE AGOSTO DE 2003

Questões relativas à atuação profissional de médico cirurgião geral, plantonista, em setor de casos cirúrgicos pós-operatórios.

EMENTA: Esclarece que a atividade médica em unidade intermediária deve ser prestada, preferencialmente, por médicos intensivistas. Sugere que mudanças de seção funcional na mesma especialidade devem ser precedidas de acordo entre as partes, com o consentimento do médico a ser remanejado.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual expõe ser médico concursado em cirurgia geral e que está atuando como médico cirurgião geral de plantão. O Consultante informa, ainda, que a Administração Municipal quer alocar os cirurgiões, que estão de plantão, na Emergência, numa unidade intermediária cirúrgica da Cirurgia Geral, onde serão internados os casos cirúrgicos em pós-operatórios. O Dr. E. N. solicita saber se do ponto de vista ético é obrigado a atender num setor específico, como cirurgião geral, a pacientes de outras especialidades complexas, já que ele reitera ser médico concursado como cirurgião geral.

PARECER: A Câmara Técnica de Cirurgia Geral e Trauma analisou a presente consulta e entende que o Dr. E. N., médico cirurgião, lotado no Serviço de Emergência do Hospital do Andaraí, está, nesta situação, perfeitamente enquadrado de acordo com o concurso realizado em 1975, para a especialidade de cirurgia geral. Desde essa data exerce efetivamente sua função de médico cirurgião, no Setor de Emergência do Hospital.

O Consultante solicita que o CREMERJ responda à questão, por ele formulada, de que possa ser remanejado de função, a fim de atender, como plantonista, uma unidade intermediária destinada a assistir pacientes cirúrgicos em pós-operatório, tratados por diversas clínicas cirúrgicas no Hospital, tais como: pacientes neurocirúrgicos, urológicos, ginecológicos etc.

Alega, ainda, que estes fatos estão surgindo após o Hospital ter sido passado à Administração Municipal.

Na realidade, a atividade médica em unidade intermediária é recomendável ser prestada por médicos intensivistas, os mesmos que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva, por necessitarem, estes médicos, de conhecimentos específicos em atividades que envolvem múltiplas especialidades na Medicina, tais como: anestesia, cardiologia, neurologia, pneumologia, clínica médica, clínica cirúrgica e outras afins das enfermidades específicas nas quais foram basicamente tratados estes enfermos.

Por outro lado, dada a rudeza e desgaste físico do acompanhamento durante o plantão de pacientes com gravidades diferentes, que variam dos mais simples aos mais complexos problemas terapêuticos, necessitam, inclusive, além dos conhecimentos específicos, preparo físico adequado para suportar o esforço desses plantões, não sendo muito aconselhável que sejam estes realizados por médicos acima de 45 anos de idade.

Se por um lado o médico é funcionário desta Instituição como cirurgião e a Instituição por necessidade de serviço possa mudá-lo de seção funcional na mesma especialidade, por outro lado é bem verdade que se procura observar um "*gentleman agreement*" (acordo de cavalheiros) entre as partes, mobilizando-o, após um consentimento do colega a ser remanejado, para o novo local de trabalho.

Vale lembrar o que reza o artigo 8º dos Princípios Fundamentais do nosso Código de Ética Médica:

"Art.8º O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho". É o parecer, s. m. j.

O Atestado Médico

O atestado é parte integrante de todo ato médico. É um dos documentos mais importantes emitido por um profissional da saúde.

Atestado indica o documento em que se faz atestação, isto é, em que se afirma a veracidade de certo fato ou a existência de certa obrigação. É assim o seu instrumento. Obtido o conceito genérico de atestado e agregando-se a ele o componente médico, chega-se à conclusão de que atestado médico é documento de conteúdo informativo, exarado por médico, como "atestação" de ato por ele praticado.

Confirmada por atestado médico a veracidade de determinado fato ou a existência de certa obrigação, poderá o beneficiário da declaração pleitear os direitos advindos daquilo que foi declarado.

Expedido no exercício de profissão regular, merecedora de que seus profissionais nele deposite confiança, o atestado médico é verdadeiro por presunção e sua recusa propicia o oferecimento de reclamações tendentes à garantia dos direitos representados pela declaração.

Há várias modalidades de atestados médicos, de acordo com o que desejam atestar: atestado de doença (é o mais típico e comum deles), atestado de saúde, atestado de vacina, atestado administrativo, atestado judicial e atestado de óbito.

A emissão de atestado de doença é um ato exclusivo da profissão médica, sendo vedada a outros profissionais da saúde por exceder os limites previstos nos diplomas legais que regulamentam a profissão, de acordo com o entendimento do CFM no seu Parecer CFM nº 02/86.

Em busca de preservar a confiabilidade do atestado médico, apontamos aqui cinco condições para sua expedição:

1. ser sempre exarado por médico habilitado na forma da lei;
2. ser subscrito por quem, de fato, examinou o beneficiário da declaração;
3. ser elaborado em linguagem simples, clara e de conteúdo verídico;
4. omitir a revelação explícita do diagnóstico, salvo quando ocorrente dever legal, justa causa ou pedido expresso do paciente;
5. expressar a prudência do médico ao estabelecer as conseqüências do exame e, portanto, ao prognosticar.

Em sendo o atestado parte integrante do ato médico que se inicia com o exame do paciente, não justifica cobrança de valor adicional por sua expedição, sob pena de cominações éticas e penais.

O atestado médico emitido por médico legalmente habilitado, revestido de lisura e perícia, é válido e possui todas as prerrogativas legais a que se destina, sendo porém ineficaz para abonar falta ao trabalho, se estiver em desconformidade com a Lei pertinente ao assunto.

O atestado médico com o objetivo de abonar falta ao trabalho por motivo de saúde ("gozo de

licença para tratamento de saúde") deve ainda estar em conformidade com a Lei nº 605/49, regulamentada pelo Decreto nº 27.048/49, e a Lei nº 8.213/91:

"Lei nº 605 de 05 de janeiro de 1949, regulamentada pelo Decreto nº 27.048, de 12 de agosto de 1949, com nova redação ao §2º do artigo 6º, dada pela Lei nº 2.761, de 26 de abril de 1956 (in verbis):

Art. 1º - O §2º do art. 6º da Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, passará a ter a seguinte redação:

"Art. 6º - (...)

§2º a doença será comprovada mediante atestado de médico da instituição de previdência social a que estiver filiado o empregado, e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria, de médico a serviço de representação federal, estadual ou municipal, incumbido de assuntos de higiene ou de saúde pública, ou não existindo estes na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha". (...)

"Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, (in verbis): art. 60, subseção V DO AUXÍLIO-DOENÇA.

§4º "A empresa que dispuser de serviço médico, próprio ou em convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono de faltas correspondentes ao período referido no §3º, somente devendo encaminhar o segurado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar 15 (quinze) dias."

Portanto, é prerrogativa exclusiva do médico da empresa, nas empresas que possuem serviço médico próprio ou conveniado, a emissão do atestado médico para abono de faltas, por motivo doença, cujo afastamento não supere 15 dias. Estando portanto ao seu arbítrio aceitar ou não, atestados médicos para abono de faltas, emitidos por outros médicos, mesmos que especialistas, pois estão em desconformidade com a Lei pertinente ao assunto.

A recusa da eficácia do atestado nestes moldes, está em conformidade com o texto legal, não implicando tal conduta em contestação sobre o conteúdo, idoneidade ou veracidade do atestado.

Conseqüentemente, a quantidade de dias previstos de licença, para afastamento do empregado ao trabalho, no referido atestado, fica portanto, também, sem efeito para este desiderato específico, cabendo mais esta responsabilidade, ao médico da empresa que assumiu o exame do trabalhador. No caso da empresa não possuir serviço médico próprio ou conveniado, os médicos que podem emitir atestado médico, com eficácia para abono de falta, são os concatenados na seqüência disposta na Lei nº 605/49, regulamentada pelo Decreto nº 27.048/49.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.658, DE 13 DE DEZEMBRO 2002

Normatiza a emissão de atestados médicos.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de

informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art.3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- a. especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
- b. estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c. registrar os dados de maneira legível;
- d. identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Art.4º É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§1º Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§2º Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

Art.5º Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único - No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art.6º Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§1º Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do *caput* do artigo.

§2º O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§3º O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§4º Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art.7º O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art.8º Revogam-se as Resoluções CFM nºs. 982/79, 1.484/97 e 1.548/99, e as demais disposições em contrário. (...)

PARECER CFM Nº 56, DE 22 DE AGOSTO DE 2002

Dúvidas sobre a Lei nº 605/49 – atestado para abono de falta ao serviço.

EMENTA: As justificativas do empregado pela falta ao serviço por motivo de doença devem obedecer o estabelecido no parágrafo 2º do artigo 6º da Lei nº 605, de 5/1/1949.

CONSULTA: O médico O.L.L.C.N., membro da Câmara Técnica de Perícias Médicas do CREMERJ e secretário da Seccional de Niterói do CREMERJ, (...), elabora consulta e pede esclarecimentos sobre a

aplicação da Lei nº 605/49, especificamente sobre o abono da falta ao serviço em decorrência de atestado médico emitido por qualquer profissional inscrito no CRM de sua jurisdição.

Para melhor detalhamento da presente consulta, transcrevo trechos da referida correspondência:

“Temos tido bastante atividade em pareceres concernentes ao poder do atestado médico para abono de falta de trabalhadores; sempre nos utilizamos, por orientação anterior desta Casa, da Lei nº 605/49, artigo 5º, parágrafo segundo, entendendo que não há validade administrativa para que o atestado médico particular abone a falta de um trabalhador, devendo este trabalhador procurar o órgão da Previdência a que estiver vinculado.

Em data recente, um outro membro da Câmara Técnica de Perícias Médicas nos alertou que esta lei não mais valeria, que o atestado médico de qualquer profissional inscrito no CRM teria validade, sim, para abonar o ponto. E disse mais: que como não haveria mais o INAMPS, não haveria aonde o trabalhador ir, por assim dizer, revalidar o seu atestado. Disse mas não informou aonde estaria escrita esta informação, sendo que aguardando que nos trouxesse a fonte para que pudéssemos estudá-la e interpretá-la, MAS ELE NÃO TROUXE.”

Continua em sua correspondência tecendo algumas considerações sobre a busca infrutífera dos esclarecimentos de suas dúvidas, e ao final formula pontualmente os seguintes questionamentos:

“1. Afinal a Lei nº 605, de 1949, caiu?

2. Qualquer atestado médico pode abonar falta ao serviço e sua recusa por parte do empregador configura violência ao direito do trabalhador?

3. Como devemos proceder e, principalmente, como devemos orientar os colegas procurados por trabalhadores para revalidar os atestados dos médicos particulares?”

PARECER: Antes de ser remetida ao conselheiro relator, a presente consulta foi enviada ao Setor Jurídico do CFM para que emitisse sua opinião a respeito da revogação ou não da Lei nº 605/49.

Através de despacho exarado às fls. 02-v do parecer em tela, o Dr. José Alejandro Bullón Silva, assessor jurídico do CFM, assim se manifestou :

“Em 27.04.01

A Lei nº 605/49 continua em vigência, tendo sofrido alterações em alguns artigos, conforme cópia anexa. Desse modo, ao que nos parece, os questionamentos do consultante encontram-se apreciados no §2º, que justamente foi um dos dispositivos que sofreu alteração.

Conselho Federal de Medicina

José Alejandro Bullón Silva

Assessor Jurídico”

O Conselho Federal de Medicina já se manifestou doutrinariamente a respeito do assunto através dos pareceres de nºs 41/90 e 33/99, respectivamente, de 13 de outubro de 1990 e 23 de julho de 1999. Além disso, o Parecer SJ nº 68/95 da Assessoria Jurídica/CFM, se pronunciou sobre o Precedente Normativo nº 81 do Tribunal Superior do Trabalho (TST).

CONCLUSÃO: A aceitação de atestados médicos depende da legislação vigente, entretanto não se deve perder de vista que qualquer médico presta-se a consignar o quanto resultou do exame por ele feito em seu paciente, sua sanidade e suas conseqüências.

É um documento que traduz o ato médico, é revestido de todos os requisitos que lhe conferem validade. Respondendo, pontualmente, aos questionamentos do consulente, temos:

1º - A Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, continua em pleno vigor;

2º - Em tese sim, pois todo atestado médico é documento que reveste-se, também, de idoneidade, veracidade e, conseqüentemente, validade. A recusa não motivada por parte do empregador configura violência ao direito do trabalhador. Arecusa, quando em total obediência ao que preceitua o §2º do art. 6º da Lei nº 605/49, tem respaldo legal e ético;

3º - As homologações de atestados emitidos por médicos particulares devem obedecer o prescrito no parágrafo 2º do artigo 6º da Lei nº 605/49. É de bom alvitre que os funcionários públicos somente devem homologar esses atestados quando fizerem parte de juntas médicas oficiais.

É o parecer que submeto à apreciação plenária do Conselho Federal de Medicina. Este é o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 56, DE 20 DE OUTUBRO DE 1993

Dispõe sobre a proibição do fornecimento de diagnóstico, codificado ou não, às entidades contratantes de serviços de saúde ou de reembolso de despesas médicas, e veda às mesmas a limitação do número de consultas e procedimentos médicos.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É vedado às empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Seguradoras de Saúde, ou qualquer outro gênero de entidades contratantes de serviços de saúde ou de reembolso de despesas médicas exigir do profissional o fornecimento de diagnóstico, codificado, ou não, para efeitos de liberação de atendimentos, procedimentos, atestados e ressarcimentos de despesas já efetuadas. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 104, DE 27 DE MARÇO DE 1996

Dispõe sobre o fornecimento de atestado médico, para efeito trabalhista.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O médico deverá fornecer, quando solicitado, após o exame do paciente, atestado ou declaração, informando a data do atendimento e se de sua condição patológica resulta a necessidade ou não do afastamento de suas atividades normais e por quanto tempo, devendo este ser escrito em algarismos e por extenso.

Art.2º É necessária a assinatura do médico atestador sobre carimbo ou outra forma que o identifique, com nome completo e nº de inscrição no CREMERJ. (...)

PARECER CREMERJ Nº 50, DE 22 DE NOVEMBRO DE 1996

Possibilidade de médico requisitante poder anotar os dados clínicos essenciais ao médico prestador, para que este possa elaborar o diagnóstico associado à clínica, principalmente aos exames de urgências, à luz da Resolução CREMERJ nº 56/93.

EMENTA: Ressalta o Código de Ética Médica, notadamente os Art. 108 e 117, que resguardam o sigilo profissional. Destaca a Resolução CFM nº 1.219/85, que proíbe o médico de apor o CID - ou fazer

menção ao diagnóstico - em atestado fornecido, salvo por expressa concordância do paciente. Distingue a Resolução CREMERJ nº 56/93, a qual ratifica importantes princípios éticos, quais sejam o segredo profissional e a liberdade e autonomia do ato médico, ao proibir o fornecimento, codificado ou não, do diagnóstico, as entidades contratantes de serviços de saúde ou de reembolso de despesas médicas. Esclarece, todavia, que cabe ao médico assistente, quando por ele considerado pertinente, informar ao especialista os dados necessários à emissão de seu laudo técnico e, avaliar o conteúdo das informações a serem prestadas e decidir como as mesmas serão fornecidas, de modo a não prejudicar o paciente. (...)

PARECER CREMERJ Nº 113, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2002

Questões relativas a atestados médicos sem aposição do CID.

EMENTA: Informa que muito ao contrário do que se pensa apor o diagnóstico, ainda que codificado, é infração ética e penal, expondo-se o profissional às sanções cabíveis. Esclarece que sendo pois o médico, apenas, o depositário do segredo, somente o paciente, o verdadeiro dono da informação, pode autorizá-lo a revelar detalhes do diagnóstico ou do tratamento.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. A. S. M. de L., o qual em vista do crescente aparecimento de atestados médicos concedendo dias de dispensa do serviço aos professores e funcionários, do estabelecimento de ensino, sem constar o CID - razão pela qual não estão sendo abonadas as dispensas - embora os funcionários, segundo o remetente, peçam no ato aos médicos atendentes, solicita posicionamento do CREMERJ quanto à informação prestada pelos médicos, que não estão colocando o CID, que existe lei recente que acabou com essa obrigatoriedade.

PARECER: Trata-se o presente de nova consulta questionando esta Casa sobre a obrigatoriedade de colocação do Código Internacional de Doenças como forma de dar "validade" ao atestado.

Informa o Consultante que a não aposição deste Código o tem levado a desconsiderar os atestados emitidos como abonantes do ponto.

Solicita, ao final, que esta Casa informe a lei que alterou a lei anterior ou que delibere de modo a informar aos médicos as suas obrigações.

(...) Tal pressão se faz por conta do seguinte motivo: o Código de Ética Médica, revogado em março de 1984, consignava que os atestados médicos somente poderiam ser fornecidos ao próprio interessado, neles ficando declarado que foram dados a pedido do mesmo, evitando-se ao máximo mencionar o diagnóstico.

Se, entretanto, imprescindível fosse a sua menção, aconselhava-se o uso da forma codificada da nomenclatura internacional de doenças (artigo 38, parágrafo único, combinado com o artigo 39 daquele Código de Ética Médica).

A redação do artigo 39 dava idéia, portanto, de que a menção do diagnóstico nos atestados na forma codificada constituía mera recomendação, ficando a critério do médico a sua adoção ou não. Contudo, independente da forma que fosse adotada, imprescindível era que o pedido do paciente de constar o seu

diagnóstico no atestado fosse expresso e emitido no próprio atestado para afastar, com isso, a obrigação do médico emitente do atestado em desobedecer à figura do segredo médico.

Em março de 1984 o Código de Ética Médica foi revogado pela Resolução nº 1.154/84, que aprovou o Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Naquele novo diploma ético estava consignado, em seu artigo 51, a "Contrário sensu", que desde que houvesse autorização do paciente ou de seu responsável legal, quando da incapacitação civil do paciente, poderia o médico fornecer atestados ou relatórios de exames ou tratamentos realizados.

Portanto, não praticaria infração ética o médico que, a pedido expresso e espontâneo de seu paciente, fornecesse atestado médico que contivesse diagnóstico, independentemente se na forma codificada ou não, posto que, a este respeito, era silente o Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Entretanto, apesar da meridiana clareza do disposto no diploma ético, para explicitar melhor este assunto, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução CFM nº 1.190/84 que, além de reafirmar que não comete infração ética o médico que, por solicitação de seu paciente, forneça um atestado médico com diagnóstico codificado ou não, consignava a necessidade de que neste atestado deveria constar a expressa concordância do paciente, bem como que este atestado não possuía caráter de laudo de perícia médica.

A Resolução CFM nº 1.190/84 posteriormente foi revogada pela Resolução CFM nº 1.219/85. Esta revogação fez com que emergisse novamente em termos de revelação de segredo médico, o quanto está contido no Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Assim sendo, o médico só poderia fornecer atestados ou relatórios de exames e tratamentos realizados revelando, conseqüentemente, o diagnóstico ou o tratamento ministrado, desde que obtenha a expressa autorização, de forma espontânea, do paciente ou de seu responsável.

Isto porque sendo o médico fiel depositário de todos os segredos de seu paciente, apenas este paciente pode desobrigar o médico do DEVER de sigilo que a profissão lhe impõe.

Anteriormente o CREMERJ já se pronunciou a respeito com a Resolução CREMERJ nº 56/93. Assim, nenhuma regra ou Portaria pode desobrigar o médico do dever de sigilo, apenas o paciente, que é o dono do segredo, pode desobrigar o médico de guardá-lo.

Esta consciência ficou consubstanciada em todas as Resoluções de 1988, a começar pela Carta Constitucional. A Constituição Federal, em vigor desde 1988, em seu artigo 5º, inciso X, diz textualmente:

"São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação."

No mesmo diapasão, o atual Código de Ética Médica assim determina:

"É vedado ao médico:

Art.102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição:

- a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento."

De qualquer forma, o entendimento contido em todas as normas éticas já estavam presentes desde 1942, nos termos do artigo 154 do Código Penal; constitui crime:

"Art. 154. Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.

Parágrafo único. Somente se procede mediante representação."

Pois esta norma dava contornos jurídicos à figura da "justa causa" e que, em nosso entendimento, tem o condão de autorizar o médico a revelar o diagnóstico, codificado ou não, sem que isto implique em conduta criminosa ou anti-ética.

Portanto, muito ao contrário do que se pensa, apor o diagnóstico, ainda que codificado, é infração ética e penal, expondo-se o profissional às sanções cabíveis.

Sendo pois o médico, apenas, o depositário do segredo, somente o paciente, o verdadeiro dono da informação, pode autorizá-lo a revelar detalhes do diagnóstico ou do tratamento.

PARECER CREMERJ Nº 135, DE 04 DE JULHO DE 2003

Questões relativas à apreciação e à contestação de laudo, de orientação, de declaração ou de atestado médico.

EMENTA: Com base no Parecer CFM nº 11/88 e nas Resoluções nº 121/98 e nº 1.627/01, respectivamente do CREMERJ e do CFM, conclui que o laudo médico não deve ter sua validade recusada, exceto se for reconhecida falsidade na sua elaboração. Quanto à contestação do mérito, qualquer pessoa que dele discorde poderá fazê-la.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. C. O., engenheiro, o qual solicita saber se existe alguma lei, resolução, portaria, código de ética profissional ou outra qualquer norma legal que diga, de modo expresso, ou que leve às pessoas a induzirem, que a expressão abaixo é verdadeira:

"Um laudo, orientação por escrito, atestado, declaração, emissão de receituário etc., emitido por um médico, só poderá ser julgado ou contestado por outro médico."

PARECER: O laudo médico, emitido pelo médico, é um documento do paciente.

Conforme o disposto nas Resoluções CREMERJ nº 121/98 e CFM nº 1.627/01, que definem o ato médico, como o próprio nome diz o mesmo deve ser praticado por profissional graduado em Medicina, regularmente inscrito no Conselho Regional.

Além disso, o artigo 1º, §3º, da Resolução CREMERJ nº 121 diz:

"Art.1º - Ato Médico é a ação desenvolvida visando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das alterações que possam comprometer a saúde física e psíquica do ser humano".

(...) §3º - Todos os documentos emitidos, decorrentes da ação desenvolvida pelo profissional médico, assim como os resultados de exames complementares para elucidação diagnóstica, o atestado de saúde, de doença e de óbito, são compreendidos como integrantes do ato médico".

Em princípio, de acordo com o Parecer CFM nº 11/88, o laudo médico não deve ter sua validade recusada, exceto se for reconhecida falsidade na sua elaboração, devendo neste caso, além de recusado, ser encaminhado à autoridade policial competente e ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

O laudo médico emitido por profissional devidamente capacitado é plenamente válido, podendo, contudo, ser ineficaz para o fim desejado.

Por fim, no tocante à contestação, a mesma pode ser feita por qualquer pessoa que dele discorde, de maneira eficiente ou não, dependendo da qualificação de quem o faça. Porém, estando o conflito no âmbito do Poder Judiciário, como se constata, o mesmo deverá ser lá resolvido, fugindo à competência deste Conselho, assim, opinar sobre o mérito da questão. É o parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 163, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Anotação de diagnóstico e/ou prognóstico em documentos destinados a concessão de benefícios.

EMENTA: Não deve o médico informar o diagnóstico e/ou prognóstico dos pacientes, salvo com autorização prévia e por escrito destes, ressalvados os casos que se destinam ao controle epidemiológico.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. J. L. C. A., o qual deseja saber se é ética a anotação de diagnóstico médico em documentos que se destinam a solicitar benefícios concedidos a pessoas portadoras de necessidades especiais.

PARECER: A Resolução CREMERJ n. 56/93 veda o fornecimento de diagnóstico, codificado ou não, a empresas de medicina de grupo, seguradoras e cooperativas. O Código de Ética Médica, em seu artigo 102, proíbe ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão, exceto por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. Ressalvam-se os casos destinados ao controle epidemiológico. (...)

Com base nos impedimentos acima, não deve o médico informar o diagnóstico e/ou prognóstico dos pacientes, salvo com autorização prévia e por escrito destes.

Nos casos de morto ou incapaz, s.m.j., a família através de seu representante oficial autorizará.

Ainda sobre o assunto, e segundo o Processo-Consulta CREMERJ n. 13.442/02, as declarações médicas relativas a doenças crônicas para obtenção de passe especial em transportes coletivos devem ser, sempre, precedidas de solicitação por escrito do interessado. Estas serão enviadas diretamente ao médico assistente ou à direção do órgão, que fornecerá o documento baseado nas descrições do prontuário. É o parecer, s. m. j.

Publicidade Médica

Publicidade imoderada é aquela que ultrapassa o sóbrio, o comedido, igualando o médico ao comerciante, o consultório ao balcão e a medicina ao comércio. É o tipo de divulgação que vai além da informação e pode levar à propaganda enganosa.

Entende-se por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação de atividade profissional de iniciativa, participação e anuência do médico. Os anúncios devem obedecer as Resoluções do CFM nº 788/77 e 1.701/03 e, as Resoluções do CREMERJ nº 12/87 e 14/87.

O médico é o que é e não o que apresenta ser. Assim, vale lembrar as palavras do mestre Flamínio Favero: "A Medicina tonificada pelo oxigênio do dever cumprido, não precisa de sensacionalismo publicitário e nem de gratidão humana".

DECRETO-LEI Nº 4.113, DE 14 DE FEVEREIRO DE 1942

Regula a propaganda de médicos, cirurgiões-dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.

(...) Das casas de saúde, dos estabelecimentos médicos e congêneres

Art.4º É obrigatório, nos anúncios de casa de saúde, estabelecimentos médicos e congêneres, mencionar a direção médica responsável. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 788, DE 13 DE MAIO DE 1977

Estabelece a responsabilidade do Diretor Técnico e/ou principal responsável, em casos de publicidade em desacordo com as normas vigentes.

(...) **RESOLVE:**

Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que em todos os casos, verificada a existência de publicidade de organização ou pessoa jurídica, sem obedecer às Resoluções do Conselho Federal de Medicina e a legislação em vigor, seja instaurado processo ético-profissional contra o respectivo diretor médico e principal responsável.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.701, DE 10 DE SETEMBRO DE 2003

Estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Entender-se-á por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico.

Art.2º Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

- a) Nome do profissional;
- b) Especialidade e/ou área de atuação quando devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina;
- c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - As demais indicações dos anúncios deverão se limitar ao preceituado na legislação em vigor.

(...) **Art.5º** Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outras instituições de saúde, deverá constar, sempre, o nome do diretor técnico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde.

Parágrafo único - Pelos anúncios dos estabelecimentos de saúde respondem, perante o Conselho Regional de Medicina, os seus diretores técnicos.

Art.6º Nas placas internas ou externas, as indicações deverão se limitar ao previsto no artigo 2º e seu parágrafo único.

(...) **Art.11.** Quando da emissão de boletins médicos, os mesmos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico.

Parágrafo 1º - Os boletins médicos poderão ser divulgados através do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente.

Parágrafo 2º - Os boletins médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre, ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor clínico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

PARECER CFM Nº 34, DE 12 DE SETEMBRO DE 2001

Estão passíveis de procedimentos apuratórios os médicos que se beneficiam de encaminhamentos de pacientes por empresas que praticam financiamentos e parcelamentos de honorários. A publicidade médica da empresa registrada no Conselho Regional de Medicina é de responsabilidade do seu diretor técnico. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 12, DE 18 DE FEVEREIRO DE 1987

Estabelece normas a serem seguidas por estabelecimentos de saúde quanto à questão de divulgação de publicidade médica.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outros estabelecimentos de saúde deverão constar sempre, na seguinte ordem:

- a) nome do estabelecimento e o número de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado

do Rio de Janeiro, e

b) nome do médico diretor técnico e sua inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Art.2º Os Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde responderão perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro pelo descumprimento das presentes normas. (...)

PARECER CREMERJ Nº 131, DE 04 DE JUNHO DE 2003

Conceitos e princípios éticos na divulgação de assuntos médicos.

EMENTA: Esclarece, elabora e atualiza conceitos e princípios éticos a respeito de comunicados, entrevistas e anúncios sobre assuntos médicos, em especial nos campos de Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia, Nutrologia e áreas afins. Aponta situações em que as atuais omissões normativas dificultam a correta fiscalização das diversas formas e meios de propaganda, e solicita a elaboração de Resolução específica pelo CREMERJ e/ou CFM que venha a preencher tais necessidades. (...)

Remoção de Pacientes

Antes de decidir a remoção, é necessário realizar contato com o hospital de destino.

A remoção deve ser acompanhada de um documento de encaminhamento com os dados médicos do paciente. Este documento pode ser elaborado por qualquer médico que tenha conhecimento do caso.

É de responsabilidade do médico assistente do paciente, a decisão de sua transferência quando julgar necessário. Porém é imprescindível que antes de realizá-la consulte o hospital para onde pretende encaminhar o paciente, quanto a existência de condições para o atendimento do mesmo: disponibilidade de vagas, especialista e recursos de diagnóstico e tratamento que a condição que o paciente exige. Ao determinar a transferência de paciente, antes de se certificar da existência das condições necessárias, o médico age de forma negligente e imprudente.

Quando um médico necessita transferir um paciente de um serviço para outro, dentro de uma mesma instituição, deve antes cientificar-se e certificar-se da existência de vaga e fazer a transferência formalmente, ou seja, por escrito e justificadamente. Esta exigência não exclui o contato pessoal com o médico do outro serviço, o qual deverá estar ciente de tudo e consentir com a transferência. Também o paciente e/ou sua família devem ser cientificados dos motivos, dos benefícios e da oportunidade da transferência, ou seja, de forma justificada.

Este contato deve ser feito pelo médico que está solicitando a transferência e que está avalizando a mesma. Não pode ser considerada ética a postura de transferir sem a prévia garantia de atendimento.

Tal atitude acarreta sérios danos ao paciente transferido uma vez que a recusa do hospital de transferência, muitas vezes inevitável por absoluta falta de vagas, faz com que a ambulância perambule infinitamente pelas ruas a procura da vaga.

Realmente, esta tarefa do médico em procurar vaga em hospitais melhor equipados é extremamente desgastante. Sem dúvida, além da tarefa de atendimento, terá de ocupar tempo importante em localizar o melhor local para o melhor atendimento do paciente. Porém, esta é uma realidade que deve ser suportada pelo médico, principalmente, por aqueles que labutam nos serviços menos equipados.

Se um paciente necessita, deve ou quer ser transferido para outra cidade em situação de urgência/emergência, o médico deverá fazê-lo no "bom momento" clínico, ou seja, quando o paciente não está em risco iminente de morte e apresenta estáveis seus sinais vitais, mesmo não estando estes em níveis fisiológicos ideais.

Considerando que o estado do paciente a ser transportado é grave, a transferência deve sempre ser acompanhada por médico, isto é, o médico deve acompanhar o paciente na ambulância até ser entregue à equipe do outro hospital, momento em que esta assumirá a responsabilidade pela continuidade do tratamento.

A grande dificuldade, uma vez decidida a transferência em tempo hábil e estabilizadas as condições clínicas do paciente, está no transporte dos pacientes graves de uma cidade para outra.

Idealmente todas as ambulâncias deveriam atender a estritas especificações técnicas para a função e o pessoal paramédico, igualmente, deveria existir e ser de muito boa qualidade técnica.

O transporte de pacientes está normatizado pela Resolução CFM nº 1.672/03 e pelas Resoluções CREMERJ nº 80/94 e 116/97.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.672, DE 09 DE JULHO DE 2003

Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I- O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico;

b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

IX- O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a) incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b) respirador de transporte neonatal;

c) nos demais itens, deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

Art.2º Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas. (...)

PARECER CFM Nº 14, DE 09 DE MARÇO DE 2000

Transporte aeromédico.

EMENTA: O transporte aeromédico é uma atividade que exige registro nos Conselhos Regionais de Medicina, onde a empresa tem atividades operacionais, ficando a responsabilidade técnica a cargo do diretor médico. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 80, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1994

Obriga o registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico, das empresas com atividades de transporte de pacientes.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Todas as empresas que desenvolvam atividades de transporte de pacientes no Estado do Rio de Janeiro deverão manter registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 116, DE 10 DE SETEMBRO DE 1997

Dispõe sobre as condições de transporte de pacientes em ambulâncias e aeronaves de transporte médico.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Adotar a “Regulamentação dos diversos meios de transporte de pacientes”, anexo a esta Resolução, como determina a Resolução CREMERJ nº 80/94.

§1º Para efeito desta regulamentação, considera-se ambulância qualquer veículo público ou privado, em condições adequadas, que se destine ao transporte de pacientes.

Art.2º Os estabelecimentos que prestam serviços de transporte de pacientes, através de ambulâncias, deverão observar os requisitos mínimos, quanto às suas instalações físicas e operacionais.

§1º Possuir espaço coberto, e que facilite o acesso de ambulâncias, bem como local apropriado para lavagem, desinfecção e manutenção.

§2º Possuir no mínimo 2 (duas) ambulâncias.

Art.3º Os motoristas de ambulâncias deverão ser profissionais e ter cursos específicos para motoristas de ambulância.

Art.4º O não cumprimento desta Resolução constituirá em infração ética capitulada na legislação vigente.

Art.5º Revogar o disposto na Resolução CREMERJ nº 110 de 17 de julho de 1996.

REGULAMENTAÇÃO DOS DIVERSOS MEIOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES, COMO DETERMINA A RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 80/94

I - Considera-se ambulância qualquer veículo público ou privado, em condições adequadas, que se destine ao transporte de pacientes.

1. Ambulância de transporte: é o veículo destinado ao transporte de pacientes deitados, que não apresente risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo, devendo ser tripulada por duas pessoas (1 (um) motorista e 1 (um) técnico de enfermagem).

2. Ambulância de suporte básico: é o veículo destinado ao transporte de pacientes de risco de vida desconhecido, com os equipamentos mínimos para a manutenção da vida, devendo ser tripulada, além do motorista, por médico e por técnico de enfermagem treinado em curso técnico de emergência médica de nível básico.

3. Ambulância de suporte médio avançado (UTI móvel): é o veículo destinado ao transporte de pacientes graves, caracterizando o transporte inter-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos desta função. Tal veículo deve ser tripulado por médico, motorista e técnico de enfermagem, sendo os dois últimos treinados em curso técnico de emergência de nível básico.

4. Ambulância de resgate: é o veículo destinado ao atendimento de socorro e transporte de pacientes com risco de vida desconhecido, com os equipamentos necessários à manutenção da vida e equipamentos de salvamento, devendo ser tripulado por médico, motorista e técnico de enfermagem, sendo os dois últimos treinados em curso técnico de emergência médica de nível básico. O motorista e o técnico de enfermagem devem ter conhecimentos específicos de resgate.

5. Ambulância de transporte de paciente psiquiátrico: este veículo deve ser tripulado por médico psiquiatra, dois auxiliares de enfermagem, além de motorista.

6. Aeronaves de transporte médico: são aeronaves de asas fixas ou rotativas, utilizadas para o transporte de pacientes, dotadas de equipamentos médicos homologados pelos órgãos aeronáuticos competentes, tripuladas por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem e pilotos habilitados de acordo com a legislação aeronáutica vigente. (...)

PARECER CREMERJ Nº 03, DE 10 DE MAIO DE 1989

Conduta a ser tomada quando os pais retiram seus filhos, de hospital, mesmo em estado grave, sem ordem médica.

EMENTA: Dispõe sobre a responsabilidade do médico quando da remoção ou transferência de criança, a pedido dos pais ou responsáveis. Alerta que se o caso é grave, a retirada do paciente do hospital pode vir causar-lhe problemas maiores, e o médico não pode e não deve permitir que isto ocorra, mesmo com a existência do termo de responsabilidade, pois o mesmo só é admissível quando existe a certeza médica de que a remoção do paciente não lhe trará qualquer problema. Assim sendo, mesmo com a assinatura do termo de responsabilidade, o médico não está isento de ser processado pela família do paciente, caso ocorra dano a esse após a transferência. (...)

PARECER CREMERJ Nº 81, DE 03 DE DEZEMBRO DE 1999

Questões relativas ao atendimento médico por telefone através de empresa especializada.

EMENTA: Expõe que empresa de transportes médicos especializados pretende legalizar um novo serviço por ela prestado, denominado "Orientação Médica Telefônica", voltado para o atendimento médico através de telefone. Afirma que, muito embora tal serviço possua certa utilidade na orientação inicial do paciente, é difícil, para o médico, definir com segurança, por telefone, sem conhecimento prévio do paciente, as condições que exigiriam ou não o atendimento imediato. (...)

PARECER CREMERJ Nº 152, DE 03 DE DEZEMBRO DE 2003

Questões relativas à remoção de pacientes com risco de vida.

EMENTA: Esclarece que no caso de remoções de pacientes com risco de vida, os familiares devem, idealmente, ser informados e estarem concordes com a conduta.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. A. C. C., o qual informa trabalhar na Unidade Coronariana do Hospital do Andaraí, onde não há serviços de hemodinâmica e cirurgia cardíaca e, por isso, freqüentemente são feitas remoções de pacientes com risco de vida, para outros serviços, para a realização dos referidos procedimentos. Ante o exposto, o Consulente indaga se é necessário obter autorização, por escrito, dos familiares ou responsáveis, para que sejam efetuados tais transportes.

PARECER: A Câmara Técnica de Cardiologia entende que idealmente os familiares deviam ser informados e estarem concordes com a conduta. Caso haja emergência na necessidade do procedimento e os familiares não estejam alcançáveis, sugerimos formação de junta de pelo menos 03 (três) médicos, se disponíveis, concordando com a conduta. É o parecer, s. m. j.

Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos, o aumento dos casos de acidentes e da violência tem causado um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade.

Na assistência, esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, internação em UTI e alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de paciente.

Na questão social, ele pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que, por causas naturais, o mesmo índice encontra-se em queda. (BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da unidade de emergência: uma experiência do Hospital São Rafael - Monte Tabor*. 10. ed., 2002).

PORTARIA GM/MS Nº 2.048, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002

Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

§1º O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área;

§2º Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Art.2º (...)

§2º A abertura de qualquer Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

(...) **Art.3º** Alterar o Artigo 2º da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico constante do Anexo desta Portaria no que diz respeito às Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II e III.

§1º Ficam mantidos todos os demais artigos e parágrafos da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§2º Ficam convalidados todos os atos que tenham sido praticados até a presente data relacionados com a classificação, cadastramento e inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, com base no estabelecido na Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§3º A partir da publicação da presente Portaria, a classificação, cadastramento e inclusão de novas Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III deverá se dar em cumprimento ao estabelecido no Capítulo V do Regulamento Técnico ora aprovado e no Artigo 2º desta Portaria.

(...) **Art.6º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria GM/MS nº 814, de 01 de junho de 2001.

Consulte na íntegra: www.saude.gov.br

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.451, DE 10 DE MARÇO DE 1995

Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto - Socorros públicos e privados.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Os estabelecimentos de Prontos Socorros públicos e privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Art.2º A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia.

Art.3º A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardio-respiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência.

Art.4º Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto Socorro, deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;

- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;
- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Art.5º O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto.

Art.6º Os diferentes portes de Prontos Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.671, DE 09 DE JULHO DE 2003

Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a conseqüente terapêutica.

Art.2º Que todo serviço de atendimento pré-hospitalar deverá ter um responsável técnico médico, com registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

Parágrafo único - Os serviços de atendimento pré-hospitalar vinculados a estabelecimentos hospitalares deverão ter um médico responsável técnico específico.

Art.3º Aprovar a "Normatização da Atividade na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar". (...)

Art.4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogada a Resolução CFM nº 1.529/98 e demais disposições em contrário. (...)

PARECER CFM Nº 34, DE 05 DE OUTUBRO DE 2005

Programa do Ministério da Saúde – Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

EMENTA: O Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) do Ministério da Saúde está amparado pela Portaria MS nº 2.048/GM e a atuação médica, em atendimento pré-hospitalar, regulamentada pela Resolução CFM nº 1.671/2003.

DOS FATOS: Em 6/12/04, através de correspondência eletrônica, foi protocolado o pedido de esclarecimentos solicitado pelo sr. R.A. acerca do programa de atendimento pré-hospitalar do Ministério da Saúde, chamado Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Citando a Portaria Ministerial MS nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que criou o programa, o solicitante informa que no site do MS há informações e uma palestra com uma equipe de atendimento de urgência chamada de "unidade básica", composta apenas por um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e pelo motorista,

estando o médico regulador “*responsável*” pelo atendimento ao telefone ou rádio, em uma central do Samu. Considera tal fato antiético e ilegal porque o médico não está examinando o paciente e o atendente não-médico estaria realizando um ato ilegal, considerando, portanto, o programa equivocado (fls. 2).

A mensagem eletrônica seguiu os trâmites burocráticos, passando pela Comissão do Ato Médico, Setor de Pareceres, Biblioteca, até, finalmente, chegar às minhas mãos em 6/9/05, tendo sido anexadas as Resoluções CFM nº 1.671/03 e nº 1.643/02, Parecer Cremerj nº 81/99 e Portarias MS/GM nº 2.657/04, nº 1.863/03, nº 1.864/03 e nº 2.048/02 (esta disponível na biblioteca, devido sua extensão – 101 páginas). Estes são os fatos.

PARECER: De plano, observa-se que há desinformação quanto ao atendimento prestado pelo Samu em termos de suporte básico e suporte avançado, não esquecendo de que se trata de atendimento de urgência.

Considera-se como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida, mantendo uma relação mínima de uma ambulância para cada cem mil habitantes. Por unidade, entenda-se uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais, além do condutor(a), treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico. Assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Na urgência-emergência deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, não-médicos, habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao SUS, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais, sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde. Deverá haver um programa mínimo que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinandos deverá obedecer ao critério da competência, ou seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa de treinamento continuado e supervisão médica e de enfermagem em serviço.

Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, com presença permanente de médico coordenador (médico regulador) que, quando pertinente, despachará o atendimento emergencial para a unidade mais próxima, colhendo, ainda, informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a

Central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente. Considerando-se as particularidades regionais, os CRMs poderão normatizar sobre outro modo de regulação médica.

Do site da internet do próprio Samu retiramos:

MÉDICO – Competências/Atribuições: exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica.

ENFERMEIRO – Competências/Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM – Competências/Atribuições: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou a distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM – Competências/Atribuições: auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem; prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou a distância do profissional enfermeiro; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina; fazer curativos; prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança; realizar manobras de extração manual de vítimas”.

Observamos que não há conflito de competências de nenhuma espécie com a área de enfermagem, onde as atribuições e competências estão claramente definidas. O suporte avançado é de exclusividade médica, pois implica a adoção de procedimentos invasivos que devem ser ensinados somente a médicos e aos estudantes de Medicina, conforme preconiza outra resolução do CFM.

O próprio CFM, pela Resolução nº 1.671/03, regulamentou o atendimento pré-hospitalar e o seu artigo 1º é cristalino: "Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a conseqüente terapêutica". Em seu anexo, a resolução esclarece toda e qualquer dúvida sobre o assunto.

CONCLUSÃO: Diante do exposto, somos favoráveis, salvo melhor juízo, ao seguinte entendimento:

1. O atendimento pré-hospitalar constante do programa do Ministério da Saúde - Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) - não é antiético e/ou ilegal.
2. A Portaria MS/GM nº 2.048/02, bem como todas as demais portarias ministeriais seguintes sobre o mesmo tema, respeita a idéia preconizada pelo CFM de que a regulação tem que ser dirigida e feita por médicos.
3. A Resolução CFM nº 1.671/03 regulamenta o assunto no âmbito de sua jurisdição.
4. Devem ser encaminhadas ao consulente cópias das regulamentações citadas no presente parecer.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 100, DE 18 DE MARÇO DE 1996

Estabelece as normas mínimas para o atendimento de urgências e emergências no Estado do Rio de Janeiro.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar as "Normas Mínimas para os Serviços de Atendimento às Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro".

Parágrafo único: São 4 (quatro) os níveis de complexidade definidos, a saber:

- a) **Nível I** - Deve apresentar capacidade resolutive para o atendimento adequado ao tecnicamente entendido como urgência médica. Deverá, também, estar capacitado a dar um primeiro atendimento às emergências, de forma a estabelecer a manutenção das condições vitais, estando apto a operar de forma ágil e segura no transporte do paciente à(s) unidade(s) de maior complexidade à que se referência.
- b) **Nível II** - Deve ter condições de prestar adequado atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas de menor complexidade, e às emergências obstétricas.
- c) **Nível III** - Deve estar capacitado para receber todas as emergências clínicas e cirúrgicas, excetuando-se os grandes traumas, estes destinados ao nível IV.
- d) **Nível IV** - Deve apresentar condições para realizar todo e qualquer procedimento para melhor atender as grandes emergências, dispondo, para isso, dos recursos físicos e humanos necessários.

Art.2º A Unidade de Nível I será denominada Unidade Básica de Atendimento de Urgência, não podendo referenciar-se como Pronto-Socorro.

Art.3º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar serviços de atendimento às urgências ou emergências médicas, deverão estruturar-se de acordo com as presentes Normas.

Parágrafo único - Os estabelecimentos de que trata o "caput" deste artigo, atualmente existentes, deverão adequar-se às referidas Normas num prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art.4º Os estabelecimentos referidos no artigo anterior estarão obrigados a informar à população usuária o nível de complexidade em que atuam, afixando, na entrada da Unidade, cartaz ou meio de comunicação similar, em linguagem acessível à população, explicitando os serviços que estão aptos a

oferecer.

Parágrafo único - As empresas contratantes ou proprietárias de serviços médicos de urgência e emergência ficam obrigadas a divulgar aos usuários de seus planos de saúde, em linguagem acessível, quais os serviços efetivamente prestados pelos estabelecimentos contratados ou próprios, sempre de acordo com o nível de complexidade em que atuam, com base nesta Resolução.

Art.5º Os quantitativos correspondentes a profissionais não médicos deverão ser estabelecidos de acordo com as normas vigentes, ouvidos os Conselhos das respectivas profissões.

Art.6º O número de médicos clínicos, pediatras ou cirurgiões gerais, em qualquer nível de complexidade, poderá ser revisto, condicionado à introdução do especialista em Medicina de Urgência (Emergencista). (...)

PARECER CREMERJ Nº 36, DE 28 DE JUNHO DE 1995

Fechamento de emergência psiquiátrica, atuação de médico psiquiatra
e recusa de internação psiquiátrica de emergência.

EMENTA: Esclarece que os Serviços de Emergência só podem ser fechados se houver cobertura assistencial para as necessidades da clientela; que o médico não pode omitir socorro em casos de emergência de qualquer natureza; e que a internação psiquiátrica só poderá ser recusada se não for caso de emergência. (...)

PARECER CREMERJ Nº 114, DE 01 DE JANEIRO DE 2002

Conduta médica necessária para que se evite a fuga de paciente
que dá entrada na emergência hospitalar.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. C. A. B., Juiz de Direito, o qual solicita saber do CREMERJ qual a conduta médica que deve ser adotada para que se evite a fuga de paciente que dá entrada na emergência hospitalar.

PARECER: O paciente com Traumatismo Crânio-Encefálico, ou qualquer outra patologia neurocirúrgica, em nada difere de qualquer outro quanto aos procedimentos que devem ser adotados, por qualquer nosocômio, relativos à segurança e vigilância. Isto posto, conclui-se que não há medidas específicas para o paciente com Traumatismo Crânio-Encefálico, que deve ser vigiado por todos os motivos, inclusive para não se evadir.

Todo estabelecimento que preste assistência médica deve velar para que os pacientes sejam tratados com o respeito e a dignidade inerentes à pessoa humana, significando dizer o reconhecimento, dentre outros, à sua privacidade, liberdade de comunicação e de religião ou crença. Este dever é implementado pelo Diretor Técnico da Unidade, nos termos da Resolução CFM nº 1.342/91, pena de cometimento de falta ética, segundo artigo 17 do Código de Ética Médica.

Os danos sofridos pelos pacientes são suportados pelas pessoas jurídicas, conforme Art. 37, §6º, da Constituição Federal, assegurando a estes o direito de regresso nos casos de dolo ou culpa de seus agentes, ou seja, na espécie, os médicos.

Por fim, não mais vigora entre nós o conceito de falta pessoal contemplado no disposto do artigo 15 do Código Civil, por falta de sintonia com a regra constitucional acima indicada, o que, em definitivo, afasta a possibilidade da ocorrência de culpa direta do médico na hipótese de fuga do paciente da Unidade, se

feitas as comunicações de praxe em situações que tais. (...)

PARECER CREMERJ N° 160, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Atendimento ao adolescente no setor de emergência hospitalar.

EMENTA: Considera-se que o atendimento médico ao adolescente deve ser feito, prioritariamente, pelo Pediatra, em locais com estrutura adequada às peculiaridades deste grupo etário. E, ainda, que as unidades devem disponibilizar, aos médicos que desejarem, a possibilidade de aperfeiçoamento de sua competência para atendimento a esses pacientes.

Laboratório Clínico-Patológico

Já está em vigor a primeira legislação de vigilância sanitária de âmbito federal para laboratórios clínicos e postos de coleta. O objetivo da Resolução-RDC nº 302/2005 da Anvisa é garantir a qualidade dos exames e a diminuição dos riscos inerentes aos processos de trabalho desses serviços de saúde.

A nova regulamentação detalha todos os passos para a coleta de material, análise de amostras e emissão dos resultados do exame (laudos). No Brasil, existem cerca de 18 mil laboratórios que realizam diagnósticos fundamentais para o tratamento médico. Um simples erro nesse trabalho pode levar ao tratamento equivocado de uma doença e ao agravamento de um problema de saúde.

A resolução da Anvisa determina, por exemplo, que os laboratórios clínicos deverão ter um profissional legalmente habilitado como responsável técnico. Esse profissional poderá responder por, no máximo, dois serviços, seja de coleta ou análise. A publicação também obriga a inscrição dos estabelecimentos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Para os usuários desses serviços, a nova regulamentação garante o direito de acesso a toda informação necessária antes do procedimento de coleta. Caso o resultado de um exame demonstre a necessidade de uma ação imediata, o laboratório deve entrar em contato com o médico, paciente ou responsável. Além disso, todos os resultados deverão ser arquivados por um período de cinco anos, garantindo a sua rastreabilidade.

RESOLUÇÃO- RDC Nº 302, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005

Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos.

Art.1º Aprovar o Regulamento Técnico para funcionamento dos serviços que realizam atividades laboratoriais, tais como Laboratório Clínico, e Posto de Coleta Laboratorial, em anexo. (...)

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DE LABORATÓRIOS CLÍNICOS

O presente documento é o resultado das discussões que definiram os requisitos necessários ao funcionamento do Laboratório Clínico e Posto de Coleta Laboratorial.

(...) 2- OBJETIVO

Definir os requisitos para o funcionamento dos laboratórios clínicos e postos de coleta laboratorial públicos ou privados que realizam atividades na área de análises clínicas, patologia clínica e citologia.

3- ABRANGÊNCIA

Esta Resolução de Diretoria Colegiada é aplicável a todos os serviços públicos ou privados, que realizam atividades laboratoriais na área de análises clínicas, patologia clínica e citologia. (...)

(...) 5- CONDIÇÕES GERAIS

51 Organização

51.1 O laboratório clínico e o posto de coleta laboratorial devem possuir alvará atualizado, expedido pelo órgão sanitário competente.

51.2 O laboratório clínico e o posto de coleta laboratorial devem possuir um profissional legalmente habilitado como responsável técnico.

51.2.1 O profissional legalmente habilitado pode assumir, perante a vigilância sanitária, a responsabilidade técnica por no máximo: 02 (dois) laboratórios clínicos ou 02 (dois) postos de coleta laboratorial ou 01 (um) laboratório clínico e 01 (um) posto de coleta laboratorial.

51.2.2 Em caso de impedimento do responsável técnico, o laboratório clínico e o posto de coleta laboratorial devem contar com um profissional legalmente habilitado para substituí-lo.

51.3 Todo laboratório clínico e o posto de coleta laboratorial, público e privado devem estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

51.4 A direção e o responsável técnico do laboratório clínico e do posto de coleta laboratorial têm a responsabilidade de planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos, incluindo:

- a) a equipe técnica e os recursos necessários para o desempenho de suas atribuições;
- b) a proteção das informações confidenciais dos pacientes;
- c) a supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;
- d) os equipamentos, reagentes, insumos e produtos utilizados para diagnóstico de uso “*in vitro*”, em conformidade com a legislação vigente;
- e) a utilização de técnicas conforme recomendações do fabricante (equipamentos e produtos) ou com base científica comprovada;
- f) a rastreabilidade de todos os seus processos.

6- PROCESSOS OPERACIONAIS

(...) 6.3 Fase pós-analítica

6.3.1 O laboratório clínico e o posto de coleta laboratorial devem possuir instruções escritas para emissão de laudos, que contemplem as situações de rotina, plantões e urgências.

6.3.2 O laudo deve ser legível, sem rasuras de transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado.

(...) 6.3.8 As cópias dos laudos de análise bem como dados brutos devem ser arquivados pelo prazo de 5 (cinco) anos, facilmente recuperáveis e de forma a garantir a sua rastreabilidade. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 813, DE 22 DE NOVEMBRO DE 1977

Determina que os resultados das análises e pesquisas clínicas em várias áreas sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos.

(...) RESOLVE:

1 - Determinar que os resultados das análises pesquisas clínicas na área de Patologia Clínica, Citologia,

Anatomia Patológica, Imuno-Hematologia, Radiologia, Radio-Isotopologia, Hemoterapia e Fisioterapia sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos firmado pelo médico responsável pela sua execução.

2 - Estes laudos devem conter, quando indicado, uma parte expositiva e outra conclusiva.

3 - O laudo médico fornecido é de exclusiva competência e responsabilidade do médico responsável pela sua execução. (...)

PARECER CFM Nº 16, DE 14 DE ABRIL DE 2004

Normas de procedimento em realização e avaliação de exames de laboratório em estados diferentes.

EMENTA: Os laudos de exames de análise de patologia clínica devem ter claras as identificações do laboratório, do diretor técnico do mesmo e do médico que o executou. Não devem ser aceitos resultados de exames de laboratório de análise clínica através de “representantes” não-médicos. Devem ser observadas as normas de biossegurança no transporte de materiais colhidos para exames. (...)

PARECER CFM Nº 30, DE 08 DE JULHO DE 2005

Tempo de manutenção de lâminas, prontuários médicos e blocos de parafina.

EMENTA: Não há conflito entre a Resolução CFM nº 1.472/97, que trata de arquivos de lâminas e blocos de parafina, e a 1.639/02, que trata da manutenção do prontuário médico.

RELATÓRIO: Trata a presente consulta de dúvida do sr. J.L.M.O., gerente geral da Diagnostica, empresa de prestação de serviços diagnósticos em patologia cirúrgica, situada no estado de São Paulo, acerca do fato de que a Resolução CFM nº 1.472/97 diz que as lâminas devem ser mantidas por 5 anos e a Resolução CFM nº 1.639/02 diz que o prontuário médico deve ser mantido por 20 anos.

Não vimos dificuldades nem contradições relacionadas ao tema, uma vez que a legislação e pareceres existentes as respondem com clareza.

Vejamos: o Decreto Estadual de São Paulo nº 12.479, de 18 de outubro de 1978, que aprova norma técnica especial relativa às condições de funcionamento dos estabelecimentos sob responsabilidade de médicos, dentistas, farmacêuticos, químicos e outros titulares de profissões afins, refere em suas alíneas do inciso I do artigo 45 que “*arquivo de lâminas e blocos, com finalidade de documentação e ensino, devem ser mantidos, pelo menos, durante 5 (cinco) anos*”.

O Parecer CFM nº 27/94, contém esta informação.

Posteriormente, a Resolução CFM nº 1.472/97 positiva tal determinação pela manutenção do material por 5 (cinco) anos ou entrega ao paciente ou seu responsável legal, devidamente orientados quanto à conservação e mediante comprovante que será arquivado pelos mesmos 5 (cinco) anos.

A resolução, em vigor, considera que a preservação das lâminas é de interesse do paciente.

Parece-nos claro, também, que o resultado laudado do material examinado consta do documento único que é o prontuário médico.

A Resolução CFM nº 1.639/02 determina, em seu artigo 4º, o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel (grifo nosso).

A mesma resolução, em seu artigo 3º, recomenda a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de

prontuários médicos.

Essa comissão, entre outras funções, tem a de elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social (parágrafo único do artigo 4º da Resolução CFM nº 1.639/02). Por esse motivo, entende este parecerista que, por analogia, cuidado semelhante deve ser dirigido aos blocos de parafina e lâminas, visando então razões médico-científicas, epidemiológicas, históricas, sociais e mesmo legais.

CONCLUSÃO: As lâminas e blocos de parafina devem ser mantidas em arquivo por 5 (cinco) anos no serviço ou entregues ao paciente, mediante comprovante com o objetivo de seu melhor interesse. Seus laudos, constantes do prontuário, terão o tempo de arquivamento mínimo previsto na Resolução CFM nº 1.639/02.

Mas, uma vez que algumas informações precisam ser preservadas visando objetivos médico-científicos, epidemiológicos, de ensino, históricos, sociais ou mesmo legais, a instituição consulente, que presta serviços médicos em diagnóstico, deve organizar-se conforme as recomendações mencionadas, para a elaboração e aplicação de critérios de amostragem pertinentes à preservação definitiva de parte de seus materiais. Este é o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 69, DE 09 DE FEVEREIRO DE 1994

Determina que os resultados das análises e pesquisas clínicas sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos, pelo médico responsável.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Os resultados das análises e pesquisas clínicas serão, obrigatoriamente, fornecidos sob a forma de laudos médicos firmados pelo médico responsável pela sua execução.

Art.2º Os laudos a que se refere o artigo anterior deverão conter, quando indicado, uma parte expositiva e outra conclusiva.

Art.3º O laudo médico fornecido é de exclusiva competência e responsabilidade do médico que o executou.

Art.4º Os laboratórios de patologia clínica deverão comprovar sua filiação a um Programa de Controle de Qualidade reconhecido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 185, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2002

Dispõe acerca da necessidade da requisição de exames ser efetuada por profissional médico.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Determinar que a requisição para realização de exames complementares é obrigatória e como ato médico só pode ser solicitada por médico registrado no CREMERJ.

Art.2º Configura-se como infração ética a realização de exame, emissão de laudo, análise e/ou aceitação de exames e laudos sem requisição ou cuja requisição não tenha sido formulada por médico.

Art.3º Além do médico que realizar o exame e/ou emitir laudo em discordância com esta Resolução, assume também responsabilidade o Diretor Técnico da Instituição, a quem incumbe zelar pelo cumprimento das presentes normas éticas. (...)

PARECER CREMERJ Nº 159, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Prazo que empresa prestadora de serviços de exames complementares deve manter arquivadas as cópias dos laudos emitidos.

EMENTA: Expõe que o prazo para arquivamento de cópias dos laudos emitidos não pode ser confundido com o prazo de manutenção dos prontuários médicos determinado pelo Conselho Federal de Medicina. Esclarece que os resultados dos exames complementares realizados devem necessariamente constar no prontuário médico do paciente, a ser elaborado pelo médico assistente.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Dra. S. S. H. T. de F., a qual solicita parecer acerca do tempo que deve uma empresa prestadora de serviços de exames médicos complementares guardar cópias dos laudos dos exames realizados.

PARECER: O serviço prestado por uma empresa destinada à realização de exames médicos complementares não deve ser confundido com os serviços de um estabelecimento de assistência médica ou com os serviços prestados por médico assistente, tendo esses últimos a finalidade de examinar, diagnosticar e tratar o paciente.

O primeiro funciona como atividade acessória, realizando exames complementares que auxiliarão o médico assistente na elaboração do diagnóstico, avaliação de seguimento do processo mórbido e na observação de resultados terapêuticos. Os resultados de tais exames devem necessariamente fazer parte do prontuário do paciente, elaborado pelo médico assistente, conforme prevê o artigo 69 do Código de Ética Médica.

De acordo com a Resolução CFM nº 1.638/02, o prontuário médico é definido como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Entenda-se por prontuário médico todos os documentos que contenham dados relativos à enfermidade do paciente, seja em hospital, consultório, ambulatório etc.

A confecção de tal documento é obrigatória ao médico assistente, que deve observar, de acordo com a previsão da supracitada Resolução, os itens constantes do prontuário: “Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados (grifo nosso), hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.”

É importante reafirmar que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações que lhe são pertinentes. Em vista disso, a Resolução CFM nº 1.639/02 estabeleceu o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Assim, entende-se que a empresa prestadora de serviços de exames médicos complementares cumpre com sua obrigação no momento que entrega o resultado do exame ao cliente, não havendo necessidade, por ser redundante, de elaboração de prontuário para cada cliente examinado, já que não se está realizando um tratamento médico, e sim prestando um serviço.

Ademais, se o paciente é portador de uma doença aguda, após 5 anos ele já se curou ou foi a óbito. E se tratar-se de doença crônica, ou de doença aguda que se cronicou, ele não demandará esse tempo para que o exame seja repetido, o que justifica plenamente o estabelecimento desse prazo para a guarda de cópia dos laudos de exames complementares nos locais destinados apenas à realização dos exames.

Há que se ressaltar que, conforme o Código Civil Brasileiro, a pretensão de reparação civil prescreve em 3 anos. Após esse prazo, os documentos não teriam nenhuma utilidade para ajuizamento da ação competente. Ou seja, se descartados tais documentos após o prazo de prescrição, o cliente não sofreria nenhum prejuízo.

É oportuno citar que a Resolução nº 1.213 de 21 de agosto de 1998 da Secretaria Estadual de Saúde aprovou as Boas Práticas de Laboratórios Clínicos no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Em relação aos laudos, tal normativo orienta que deve-se ter uma sistemática de guarda que permita a pronta recuperação da informação. E, ainda, que tais dados devem ser guardados por, no mínimo, 5 anos, para fins de auditoria, resguardadas as exigências de períodos maiores por legislação vigente.

Por não ter conhecimento de legislação específica para o prazo de manutenção, pelas empresas que realizam exames complementares, de cópias dos laudos emitidos, e por entender que não cabe analogia ao prazo de manutenção do prontuário médico preconizado pelo Conselho Federal de Medicina, a Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ – CODIPAR opina que os dados referentes aos exames médicos complementares realizados por estabelecimentos que se destinam a essa atividade devam ser arquivados pelo período de 05 anos, após o que podem ser descartados. É o parecer, s. m. j.

Unidades Coronarianas

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 111, DE 04 DE OUTUBRO DE 1996

Estabelece as normas mínimas para o funcionamento de Unidades Coronarianas e fiscalização da qualidade técnico-ética do ato médico.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º O funcionamento de Unidades Especializadas no Tratamento do paciente crítico cardiológico só poderá verificar-se desde que sejam, no mínimo, atendidas as **NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE UNIDADES ESPECIALIZADAS NO TRATAMENTO DO PACIENTE CRÍTICO CARDIOLÓGICO**.

NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE UNIDADES ESPECIALIZADAS NO TRATAMENTO DO PACIENTE CRÍTICO CARDIOLÓGICO

I - ÁREA FÍSICA:

1. área física própria, independente de outras dependências da instituição em questão (clínica, hospital);
2. mínimo de 4 leitos por Unidade;
3. dimensões mínimas da área do leito de 9m²;
4. área total mínima por leito maior ou igual a 14m²;
5. área adjacente com acomodações e banheiro para a equipe de saúde;
6. expurgo para sólidos e líquidos;
7. área para preparo de medicações com balcão e pia;
8. área apropriada para limpeza de materiais e equipamentos,
9. área de trabalho central (para atividades médicas e/ou de enfermagem), independente dos leitos, que permita visão total dos leitos da Unidade;
10. local reservado para armazenamento de roupas, medicamentos e material;
11. pias em locais que permitam, com facilidade, a lavagem das mãos por parte das equipes de profissionais atuantes na Unidade e de familiares de pacientes internados;
12. lavabo na estrada da Unidade;
13. ar-condicionado;
14. iluminação com sistema de emergência;
15. sistema de emergência para suprimento de energia elétrica 24 horas por dia - (Gerador);
16. tomadas em número mínimo de 8 por leito. Todas as tomadas com pino terra;
17. tomadas beira de leito (mínimo de 10 (dez) tomadas de segurança para cada leito (com pino terra);
18. serviço mínimo de 1 tomada (220v) para aparelho de Raios-X, com intervalo máximo de 10m;

19. tomadas duplas em cada ponto, com intervalo mínimo de 10m;
20. rede elétrica com sistema de emergência;
21. rede elétrica isolada com filtros elétricos e aterramento independente para a UTI;
22. cada conjunto de tomadas de beira de leito deve ter seu fio terra ligado ao ponto de referência de aterramento independente e nunca ultrapassar uma resistência equivalente a 5m de fio 12 AWG (3,3 mm² de seção);
23. sistema para suprimento de gases (oxigênio e ar comprimido) durante as 24 horas do dia;
24. para cada leito pelo menos uma saída de oxigênio e uma de ar comprimido além de um sistema de aspiração à vácuo;
25. geladeira e armário com tranca para guarda e controle de psicotrópicos.

II - RECURSOS HUMANOS:

A - Médicos:

1. responsável técnico registrado no CREMERJ em caso de terceirização;
2. médico plantonista, durante às 24 horas do dia, exclusivo da Unidade;
3. equipe médica exclusiva da Unidade;
4. relação máxima de 6 (seis) leitos para cada médico plantonista;
5. presença de médicos 24 horas na Unidade, numa relação de 1 (um) médico para cada 6 (seis) leitos;
6. médico diarista, independente do plantonista, responsável pela rotina, exclusivo da Unidade.

B - Enfermeiros:

1. 01 enfermeiro responsável pela Unidade;
2. 01 enfermeiro 24 horas por dia, em regime de plantão.

C - Auxiliares:

1. auxiliar/técnico de enfermagem na proporção mínima de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, 24 horas por dia;
2. auxiliar operacional de serviços diversos 24 horas;

D - Serventes:

1. servente 24 horas por dia;
2. consultorias médicas especializadas 24 horas na Unidade (listagem visível). (...)

PARECER CREMERJ Nº 147, DE 03 DE SETEMBRO DE 2003

Questões relativas à definição das áreas de atuação do
Centro de Tratamento Intensivo e da Unidade Coronariana.

EMENTA: Em pacientes com quadro agudo, que pode ter diferentes etiopatogenias como responsáveis, dúvidas podem ocorrer quanto à internação ser feita em Unidade de Terapia Intensiva ou em Unidade Coronariana, devendo-se buscar o consenso, entre ambas, para um melhor e mais pronto atendimento.

(...) Em resposta à solicitação de opinião sobre o caso apresentado, julgamos não ser procedente o

questionamento de internação em Unidade Coronária de um paciente sabidamente cardiopata, com instabilidade hemodinâmica decorrente de rotura de cordoalha tendinosa, com insuficiência mitral aguda, mesmo que o paciente apresente antecedentes de doenças de outros sistemas.

A internação deste mesmo paciente na Unidade de Terapia Intensiva, com o argumento de ser o distúrbio respiratório o fator precipitante do quadro, também não poderia ser alvo de crítica, pois, na dúvida, antes do estabelecimento diagnóstico definitivo o mais importante é o socorro imediato ao paciente.

Pelo exposto, somos de opinião que os procedimentos foram corretos e que em alguns casos, como o supracitado, ocorrem intercorrências cardiológicas e de terapia intensiva em um mesmo paciente, daí ser, certamente, recomendável que haja bom entrosamento entre as equipes dos dois serviços.

A Câmara Técnica de Terapia Intensiva do CREMERJ salienta que conforme conceituação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) – através do Projeto Qualidade em Terapia Intensiva (QUATI) – a UTI especializada caracteriza-se pelo predomínio de pelo menos 80% dos pacientes internados terem a doença de base, referente à internação, identificada com a especialidade. Portanto, é recomendável, mas não impeditivo, que os pacientes possam ser recebidos nas unidades especializadas até para proteção do paciente. É o parecer, s. m. j.

Unidades de Terapia Intensiva

PARECER CFM Nº 22, DE 06 DE JULHO DE 2005

O acompanhamento por familiares de paciente terminal em UTI, ressalvado o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, fica submetido ao critério ético-técnico médico.

ASSUNTO: Acompanhamento de paciente terminal em hospital e UTI.

EMENTA: O acompanhamento por familiares de paciente terminal em UTI, ressalvado o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, fica submetido ao critério ético-técnico médico.

DA CONSULTA: A consulta fala, em síntese, do processo de humanização das UTIs e expõe, indiretamente, a discussão sobre a própria indicação da internação do paciente terminal em uma UTI.

Trata-se, especificamente, de uma paciente que ficou dois dias em UTI, com doença terminal que evoluiu para óbito naquele setor. Seu esposo, consulente, argüi que apesar do desejo da paciente e da “necessidade de carinho e presença dos familiares” não pode satisfazer a sua vontade por imposição de ordem médica e dos regulamentos dos hospitais.

Questiona a necessidade de espaço para acompanhantes de pacientes terminais nas UTIs hospitalares.

O caso envolve aspectos éticos, administrativos e legais.

A Portaria nº 3.432/MS/GM, de 12/8/98, que trata das UTIs, prevê no item 2.5, *humanização*, a “garantia de visitas diárias dos familiares à beira do leito”, não havendo referência a acompanhamento permanente ou tempo determinado. No que se refere aos requisitos físicos, não há previsão de acomodações mínimas para acompanhante.

Dentro da legislação ética, algumas resoluções de Conselhos Regionais também tratam do assunto:

A Resolução Cremesp nº 71/95, em seu artigo 7º, avança no tema: “*A presença de acompanhantes deve ser normatizada pela direção da UTI, respeitando-se o Estatuto da Criança e do Adolescente*”, texto consagrado pela Resolução Cremec nº 12/97, em seu artigo 10.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/7/90) preconiza em seu artigo 12 que “(...) Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Ressalta-se que ambas as resoluções anteriormente citadas foram exaradas antes de entrar em vigor o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1/10/03), cujo artigo 16 traz: “(...) Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Parágrafo único: Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito”.

Neste caso, a própria lei se reporta, em última análise, ao critério médico para a presença de acompanhante, de forma genérica ao idoso internado, não havendo, também, referência direta à internação em UTI.

Estas são as legislações que tratam do assunto.

Cabe-nos responder a consulta formulada. A questão, à luz de todo o processo de busca da humanização da assistência médica, nos levaria ao caminho da garantia, aos pacientes de UTI, de acompanhamento permanente por familiares, o que poderia levar ao enfermo lúcido um maior conforto.

Porém, consideramos que a humanização, a autonomia do paciente e o desejo da família encontram, neste caso, outros ditames que as limitam.

As indicações gerais para internação em UTI estão na incapacidade provisória de órgãos ou sistemas vitais que necessitam de suporte ou vigilância permanente. Os quadros clínicos podem evoluir dentro da instabilidade previsível e a necessidade de atuação da equipe de saúde se dá a todo momento, justificando as restrições à presença de leigos em acompanhamento permanente.

Esbarra-se, também, na falta de previsão física de acomodação adequada, nos vários regulamentos das UTIs.

Por outro lado, vem crescendo o número de unidades chamadas de semi-intensivas, onde provavelmente se apresentam condições mais adequadas para acompanhamento dos pacientes por familiares, de acordo com o critério médico, e onde os casos terminais, de forma geral, encontrariam melhor indicação para internação.

Assim, como consagrado inclusive nas legislações citadas, considero que o critério médico, técnico e ético sempre se impõe, ressalvado o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, seja na UTI ou na unidade semi-intensiva. Este é o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 109, DE 07 DE AGOSTO DE 1996

Estabelece normas mínimas para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º As Unidades de Terapia Intensiva de adulto e pediátrica/neonatal devem funcionar com espaço e equipes próprias.

Art.2º O funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva só poderá verificar-se desde que sejam, no mínimo, atendidas as seguintes normas e condições:

I – ÁREA FÍSICA:

- a) área física própria, separada de outras dependências;
- b) área física;
UTI adulto = 14 m² (quatorze metros quadrados) de área total/leito ou 9m²/box;
UTI pediátrica = 9 m² (nove metros quadrados);
UTI neonatal = 5 m² (cinco metros quadrados) = área total/leito.
- c) mínimo de leitos = 4 (quatro);
- d) local para guarda de roupas, medicamentos e materiais;
- e) posto de preparo de medicações, com balcão e pia;
- f) expurgo para sólidos e líquidos;
- g) conforto com banheiro para a equipe de saúde, na Unidade de Terapia Intensiva;
- h) local próprio dentro da unidade, para limpeza de material, contendo balcão e pia;
- i) lavabo na UTI e em cada box de isolamento, quando houver;
- j) sistema de suprimento de energia elétrica durante 24 h;
- k) sistema de suprimento de gases (oxigênio e ar comprimido) durante 24 h;
- l) um ponto de oxigênio por leito;
- m) um ponto de ar comprimido por leito;
- n) um sistema de aspiração a vácuo para cada leito;

- o) tomadas terradas (todas) no mínimo 8 (oito) por leito/box, dispostas de acordo com as normas da ABNT;
- p) posto de enfermagem com visão centralizada dos leitos;
- q) dupla responsabilidade técnica da UTI, em caso de terceirização de serviços;
- r) referência de profissionais afins para consultoria médica especializadas, alcançáveis por 24 h;
- s) referência para centro cirúrgico, disponível por 24 h.

II - PROFISSIONAIS

A relação entre o número de profissionais e o número de leitos, varia de acordo com o tipo de gravidade dos pacientes, respeitando-se o mínimo relacionado abaixo:

III - MÉDICO

- a) médico responsável pela unidade, titulado em Medicina Intensiva;
- b) médico plantonista por 24h. no ambiente da UTI;
- c) médico diarista (não plantonista) para dar seguimento horizontalizado na assistência ao paciente crítico, titulado como especialista em Medicina Intensiva;
- d) relação máxima de 10 leitos para cada médico – plantonista.

IV - ENFERMAGEM

- a) um enfermeiro por 24 h. na unidade (dar-se-á um prazo máximo de 5 anos para a operacionalização deste item);
- b) técnico/auxiliar na proporção mínima de 1 para cada 2 leitos.

V - OUTROS

- a) serventes de limpeza 24 h. (...)

PARECER CREMERJ Nº 64, DE 01 DE JANEIRO DE 1998

Questões acerca do relacionamento profissional entre a equipe de centro de tratamento intensivo e o médico assistente do paciente.

EMENTA: Esclarece que é desejável que o médico assistente continue acompanhando o paciente durante o período de estada do mesmo no Centro de Tratamento Intensivo (C.T.I.), devendo a sua atuação profissional ser afinada com a Equipe do C.T.I., cabendo-lhe, inclusive, apresentar sugestões verbais ou por escrito no prontuário do paciente e, se ele, o paciente e/ou seus familiares assim o desejarem, pode também o médico assistente assumir a conduta básica da prescrição, da orientação dietética e da indicação de exames complementares de rotina. Afirma que à Equipe do C.T.I. cabe manter com o médico assistente o respeito e o diálogo, não só na busca da melhora do paciente, como também no sentido de tornar transparente toda e qualquer atuação profissional, seja na indicação de exames, na adoção de técnicas invasivas e da terapêutica a ser instituída. Ratifica que, no caso de o médico assistente optar por não acompanhar o paciente e não sendo o mesmo profissional substituído, cabe à Equipe do C.T.I. a responsabilidade de toda a atuação médica, não devendo pairar dúvidas para o paciente e seus familiares quanto às condutas tomadas nas emergências, bem como nos quadros não emergenciais. Lembra que toda e qualquer discordância, que não possa ser desfeita através do diálogo do médico assistente com a Equipe do C.T.I., deverá constar transcrita no prontuário médico do paciente.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Câmara Técnica de Terapia Intensiva do CREMERJ acerca do relacionamento profissional entre a Equipe de Centro de Tratamento Intensivo e o Médico Assistente

do paciente.

PARECER: Os Centros de Tratamento Intensivos são de grande valor no atendimento aos pacientes mais graves ou que apresentem agudizações de seus quadros e, sem dúvida, contribuem para melhorar o tratamento e o prognóstico deste grupo, quando os quadros são recuperáveis.

Para cumprir tal tarefa houve necessidade de formação de profissionais diferenciados, hoje reconhecidos pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina - "**O INTENSIVISTA**".

Na quase totalidade dos Hospitais, os C.T.I.s funcionam em ambientes fechados, com refrigeração e iluminação artificiais e, os pacientes encaminhados aos mesmos ficam isolados, só recebendo visitas de seus familiares por poucas horas por dia, passando a ter contato com profissionais da área da Saúde (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, técnicos de laboratório e Raios-X e nutricionistas) estranhos a eles. Estes profissionais, por desempenharem atividades rotineiras, muitas vezes fazem as mesmas sem explicar a utilidade do uso de equipamentos, de técnicas invasivas, de exames, bem como o tipo de tratamento instituído. Tais esclarecimentos deixam muitas vezes de serem dados, inclusive aos familiares e ao médico assistente.

O encaminhamento de um paciente ao C.T.I. pressupõe agravamento, agudização e recuperabilidade do mesmo, cabendo ao médico assistente a responsabilidade pela orientação. Como alguns pacientes são encaminhados de forma não apropriada, o médico intensivista, quando o quadro, não emergencial, assim o permite, avalia o paciente, em conjunto com o médico assistente, e tomam decisão idealmente consensual, cabendo a ambos a responsabilidade pela decisão divergente e suas conseqüências, devendo constar do prontuário as opiniões discordantes assinadas por cada um, pois, em caso de ser questionada a conduta, a análise das mesmas será feita pela Comissão de Ética da Unidade. É sempre desejável que o médico assistente continue acompanhando o paciente durante o período de estada no C.T.I., pois não só pode contribuir com informações preciosas de seus antecedentes, como, no ambiente estranho a que o mesmo está submetido, pode ser o rosto e a palavra amiga sempre desejáveis. Evidentemente sua participação não ficará limitada à sua presença física, mas a sua atuação profissional deve ser afinada com a Equipe do C.T.I., cabendo-lhe apresentar sugestões verbais ou por escrito no prontuário, sempre que as mesmas lhe parecerem relevantes e não tiverem tido a adequada análise pela Equipe de Intensivistas na busca de atuação consensual.

À Equipe do C.T.I. cabe manter com o médico assistente o respeito e o diálogo, não só na busca da melhora do paciente, como também no sentido de tornar transparente toda e qualquer atuação profissional, seja na indicação de exames, na adoção de técnicas invasivas e da terapêutica a ser instituída. Evidentemente, neste grupo de pacientes ocorrem intercorrências que necessitam imediata atenção e atuação do médico intensivista, que terá plena liberdade de ação, devendo no entanto, tão logo superar o quadro, contatar os familiares e o médico assistente para os devidos esclarecimentos de sua atuação emergencial, bem como do quadro. A desinformação dos familiares e do médico assistente deve ser de todo evitada, pois favorece conflito de opiniões nada desejável para o tratamento adequado. Ao contrário, a informação faz surgir a confiança e a segurança do paciente, dos familiares e do médico assistente, altamente desejáveis. Em caso de dificuldade de contato com o médico assistente, a Equipe de Emergência deverá fazer constar do prontuário, de forma clara, o quadro apresentado, a conduta adotada e o resultado obtido com a mesma. A não apropriada atuação da Equipe do C.T.I. nos quadros emergenciais poderá ser interpretada como infringência ao Código de Ética Médica, podendo ser enquadrado também no mesmo, o médico assistente que não estiver tomando ou dificultando a adoção

de medidas adequadas ao tratamento do seu paciente.

Ao médico assistente pode caber, se ele, o paciente e/ou seus familiares assim o desejarem, assumir a conduta básica da prescrição, da orientação dietética e da indicação de exames complementares de rotina. Neste caso, deverá o mesmo ou seu representante (assistente) comparecer diariamente, pela manhã, ao C.T.I. e, após examinar as condições do paciente, traçar a rotina a ser seguida no dia. Neste caso, cabe à Equipe do C.T.I., em diálogo com o médico assistente, apresentar sugestões que deverão constar por escrito no prontuário, em caso de terem receptividade conveniente de parte do mesmo, cabendo ainda à Equipe do C.T.I. a adoção de toda e qualquer medida nos quadros agudos e intercorrências que se apresentam.

Alguns médicos assistentes, por não se considerarem aptos ou envolvidos no contexto do paciente e dos seus familiares quando do encaminhamento ao C.T.I., optam por não acompanharem o mesmo durante sua estada naquela unidade. Tal atitude, se não desejável, é opcional, desde que o paciente e seus familiares fiquem devidamente esclarecidos de sua atitude e, se for o caso, fiquem liberados para indicar outro profissional que, como médico assistente, possa e queira acompanhar o mesmo. No caso de não substituição, caberá à Equipe do C.T.I. a responsabilidade de toda a atuação médica, não devendo pairar dúvidas para o paciente e seus familiares quanto às condutas tomadas nas emergências, bem como nos quadros não emergenciais.

Nos casos que necessitem contar com especialistas de outras áreas que não a da atuação do médico assistente, caberá a este, isoladamente ou em conjunto com a Equipe do C.T.I., a escolha do profissional a ser chamado.

Toda e qualquer discordância, que não possa ser desfeita através do diálogo do médico assistente com a Equipe do C.T.I., deverá constar transcrita no prontuário médico para que possa ser avaliada a responsabilidade técnica, ética e legal no atendimento ao paciente crítico. (...)

PARECER CREMERJ Nº 147, DE 03 DE SETEMBRO DE 2003

Questões relativas à definição das áreas de atuação do
Centro de Tratamento Intensivo e da Unidade Coronariana.

EMENTA: Em pacientes com quadro agudo, que pode ter diferentes etiopatogenias como responsáveis, dúvidas podem ocorrer quanto à internação ser feita em Unidade de Terapia Intensiva ou em Unidade Coronariana, devendo-se buscar o consenso, entre ambas, para um melhor e mais pronto atendimento.

(...) A internação deste mesmo paciente na Unidade de Terapia Intensiva, com o argumento de ser o distúrbio respiratório o fator precipitante do quadro, também não poderia ser alvo de crítica, pois, na dúvida, antes do estabelecimento diagnóstico definitivo o mais importante é o socorro imediato ao paciente.

(...) A Câmara Técnica de Terapia Intensiva do CREMERJ salienta que conforme conceituação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) – através do Projeto Qualidade em Terapia Intensiva (QUATI) – a UTI especializada caracteriza-se pelo predomínio de pelo menos 80% dos pacientes internados terem a doença de base, referente à internação, identificada com a especialidade. Portanto, é recomendável, mas não impeditivo, que os pacientes possam ser recebidos nas unidades especializadas até para proteção do paciente. É o parecer, s. m. j.

Internação Hospitalar e de Curta Permanência

PORTARIA Nº 07, DE 3 DE SETEMBRO DE 2003

Considera abusiva a interrupção da internação hospitalar.

Para efeitos de fiscalização pelos órgãos públicos de defesa do consumidor, particulariza hipótese prevista no elenco de práticas abusivas constante do art. 39 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. O Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça, no uso da atribuição que lhe confere o art. 63 do Decreto nº 2.181 de 20 de março de 1997, e

CONSIDERANDO que constitui dever da Secretaria de Direito Econômico orientar o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor visando à fiel observância das normas de proteção e defesa do consumidor;

CONSIDERANDO que os órgãos públicos de defesa do consumidor, nas suas respectivas áreas de atuação administrativa e no interesse da preservação da vida, da saúde, da segurança, da informação e do bem-estar do consumidor, devem editar as normas que se fizerem necessárias, nos termos do art. 55 da Lei nº 8.078/90;

CONSIDERANDO que a informação de fornecedores e de consumidores quanto aos seus direitos e deveres promove a melhoria, a transparência, a harmonia, o equilíbrio e a boa-fé nas relações de consumo;

CONSIDERANDO, finalmente, a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, no âmbito dos serviços privados de saúde.

RESOLVE:

Art.1º Considerar abusiva, nos termos do artigo 39, inciso V da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, a interrupção da internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, por motivos alheios às prescrições médicas. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.409, DE 8 DE JUNHO DE 1994

Determina aos médicos que, na prática de atos cirúrgicos e/ou endoscópicos em regime ambulatorial, quando em unidade independente do hospital, obedeçam as condições constantes nesta Resolução.

(...) **CONSIDERANDO** a necessidade de regulamentar a prática da cirurgia ambulatorial, dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos fora de Unidade Hospitalar, com a utilização de anestesia geral, sedação (venosa, muscular ou inalatória) ou anestesia loco-regional com doses de anestésico local superiores a 3,5 mg/kg de lidocaína (ou dose equípote de outros anestésicos locais);

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Determinar aos médicos que, na prática de atos cirúrgicos e ou endoscópicos em regime ambulatorial, quando em unidade independente do Hospital, obedeçam às seguintes condições:

I - Condições da Unidade:

- a) condições estruturais higiênico-sanitárias do ambiente e condições de esterilização e desinfecção dos instrumentos de acordo com as normas vigentes;
- b) registro de todos os procedimentos realizados;

- c) condições mínimas para a prática de anestesia, conforme Resolução nº 1.363/93, do Conselho Federal de Medicina;
 - d) garantia de suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internamento, seja em acomodação própria, seja por convênio com hospital;
 - e) garantia de assistência, após a alta dos pacientes, em decorrência de complicações, durante 24 horas por dia, seja em estrutura própria ou por convênio com unidade hospitalar;
- II - Critérios de seleção do paciente:

- a) paciente com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela doença cirúrgica, e paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada;
- b) procedimentos cirúrgicos que não necessitem de cuidados especiais no pós-operatório;
- c) exigência de acompanhante adulto, lúcido e previamente identificado;

III - Condições de alta do paciente da Unidade:

- a) orientação no tempo e no espaço;
- b) estabilidade dos sinais vitais, há pelo menos 60 (sessenta) minutos;
- c) ausência de náuseas e vômitos;
- d) ausência de dificuldade respiratória;
- e) capacidade de ingerir líquidos;
- f) capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;
- g) sangramento mínimo ou ausente;
- h) ausência de dor de grande intensidade;
- i) ausência de sinais de retenção urinária;
- j) dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos e pós-operatórios, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.493, DE 15 DE MAIO DE 1998

Determinar ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta e que assegure previamente as condições para a realização do ato médico nas cirurgias eletivas.

(...) **RESOLVE:**

1- Determinar ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta. Determinar que nas cirurgias eletivas o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive, quanto a necessidade de ter como auxiliar outro médico que possa substituí-lo em seu impedimento. (...)

PARECER CFM Nº 33, DE 05 DE OUTUBRO DE 2005

Necessidade de contratação de enfermeira para supervisão dos serviços de enfermagem, quando se tratar de clínica médica sem internação de paciente.

EMENTA: Desde que as atividades médicas sejam exclusivamente de caráter ambulatorial, não há

necessidade da presença de enfermeiro, ficando o CRM obrigado a realizar fiscalização para caracterizar tal atividade.

PARECER: A profissão médica, caracterizada pelo ato médico, envolve desde procedimentos simples até os mais complexos.

Nesta consulta a questão pontual é se em consultórios médicos se exige a presença de um profissional da enfermagem.

As atividades médicas caracterizadas por procedimentos realizados em consultórios são em geral de pouca complexidade.

Em algumas especialidades há a necessidade de uma atendente presente quando da realização de determinados exames, não somente para auxiliar o médico, como também para resguardar a integridade do paciente.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, especifica em seus artigos 12 e 13 os trabalhos das técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem, respectivamente. O primeiro, atividades de enfermagem em grau auxiliar; e o outro, em processos de tratamento. Por sua vez, o artigo 15 da citada lei estabelece que havendo auxiliar e/ou técnico de enfermagem haverá necessidade do enfermeiro para orientação e supervisão.

Fica claro que em consultórios médicos não há a presença destes profissionais por serem dispensáveis, já que as atividades desenvolvidas não exigem envolvimento do pessoal de enfermagem.

Portanto, se os requerentes caracterizarem que exercem apenas atividades ambulatoriais não há por que contarem, em seus consultórios, com enfermeiros.

É necessário, para tanto, que os Conselhos Regionais façam fiscalização para caracterizar o tipo de atividade exercida pelo médico, confrontando-a com o alvará de funcionamento e permissão da Vigilância Sanitária.

Afinal, o ato médico, em determinadas situações, pode ser exercido somente com a presença do médico, ajudado por leigos. O importante é intervir no sentido de buscar alívio para o paciente.

CONCLUSÃO: Ante o exposto e desde que as atividades exercidas pelo médico sejam exclusivamente de caráter ambulatorial, não há necessidade da presença do enfermeiro. Para isto, faz-se necessária a fiscalização do Conselho Regional *"in loco"*, bem como verificação do contido no alvará de funcionamento e na permissão da Vigilância Sanitária. Este é o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 180, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2001

Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o Funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência no Estado do Rio de Janeiro".

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar as "Normas Mínimas para Funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência no Estado do Rio de Janeiro", anexas a esta Resolução.

Art.2º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar internação de curta permanência, deverão estruturar-se de acordo com as presentes Normas.

Art.3º As unidades de saúde referidas no anexo são hospitais, clínicas, casas de saúde, institutos,

consultórios, ambulatórios isolados, centros e postos de saúde e outras que executem os procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais.

Art.4º Os médicos anesthesiologistas devem observar as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia nesses atos, estabelecidas pela Resolução CFM nº 1.363/93.

Art.5º As áreas físicas e instalações das Unidades classificadas por esta Resolução deverão obedecer às normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro.

Art.6º Os diretores técnicos das unidades de saúde são responsáveis pelo cumprimento das normas aqui estabelecidas, bem como pela provisão dos recursos físicos, humanos e materiais exigidos para a sua fiel execução. (...)

NORMAS MÍNIMAS PARA FUNCIONAMENTO DOS COMPLEXOS CIRÚRGICOS PARA PROCEDIMENTOS COM INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

1 – DEFINIÇÕES

Cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os partos) que, pelo seu porte e por não terem necessidade de cuidados especiais no pós-operatório, dispensam o pernoite do paciente. O pernoite do paciente poderá ocorrer em casos eventuais, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas.

Anestésias para cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos anestésicos que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais. Os tipos de anestesia que permitem rápida recuperação do paciente são: anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida.

2 – CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

2.1 – Os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão ser classificados em:

Unidade tipo I;

Unidade tipo II;

Unidade tipo III;

Unidade tipo IV.

2.1.1 – Unidade tipo I.

É o consultório médico, independente do hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno porte, sob anestesia local, sem necessidade de internação.

2.1.2 – Unidade tipo II.

É o estabelecimento de saúde, independente do hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte, com condições para internações de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.

Deverá contar com salas de recuperação ou de observação de pacientes.

Realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional (com exceção

dos bloqueios subaracnóideo e peridural), com ou sem sedação.
O pernoite, quando necessário, será feito em hospital de retaguarda.
É obrigatório garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.3 – Unidade tipo III.

É o estabelecimento de saúde, independente do hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.

Deverá contar com equipamentos de apoio e de infra-estrutura adequados para o atendimento do paciente.

Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida.

Corresponde a uma previsão de internação por, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas, podendo ocorrer alta antes deste período, a critério médico.

A internação prolongada do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de retaguarda.

Estas unidades obrigatoriamente terão que garantir a referência para um hospital de retaguarda.

2.1.4 – Unidade tipo IV.

É a unidade anexada a um hospital geral ou especializado, que realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas da unidade ambulatorial ou do centro cirúrgico do hospital, e que pode utilizar a estrutura de apoio do hospital (Serviço de Nutrição e Dietética, Centro de Esterilização de Material e Lavanderia) e equipamentos de infra-estrutura (Central de Gases, Central de Vácuo, Central de Ar Comprimido, Central de Ar-Condicionado, Sistema de Coleta de Lixo etc.).

Realiza cirurgias de pequeno, médio e grande porte, com anestesia loco-regional com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida.

Não está prevista a internação do paciente nesta Unidade por mais de 24 (vinte e quatro) horas. Nesse caso, a internação ocorrerá no hospital e somente na presença de complicações.

3 – CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PACIENTES

3.1 – Os critérios estabelecidos para a seleção destes pacientes são os seguintes:

Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos à cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da *American Society of Anesthesiologists* (1962), ou seja:

ASA-I: pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos.

ASA-II: o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade);

A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência.

Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;

Nas Unidades tipo II, III e IV o paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;

Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

3.2 – A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência é contra-indicada quando: Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente.

Os procedimentos a serem realizados são extensos.

Há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante.

Há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório.

Os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito, por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

3.3 – A cirurgia/procedimento deverá ser suspensa se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo da intervenção cirúrgica e no retorno ao lar.

3.4 – A cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas, por exemplo: falta de luz, de material e roupa esterilizada; ausência de pessoal de enfermagem no centro cirúrgico ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do paciente.

4 – RESPONSABILIDADES MÉDICAS

4.1 – A indicação da cirurgia/procedimento com internação de curta permanência no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

4.2 – Toda a investigação pré-operatória/pré-procedimento do paciente (realização de exames laboratoriais, radiológicos, consultas a outros especialistas etc.) para diagnóstico da condição pré-operatória/pré-procedimento do paciente é de responsabilidade do médico e/ou da equipe médica executante.

4.3 – A avaliação pré-operatório/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento ambulatorial exige no mínimo:

ASA-I: história clínica, exame físico e exames complementares;

ASA-II: história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira.

4.4 – O médico deverá orientar o paciente e seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatório/procedimento necessários e complicações possíveis.

4.5 – Após a realização da cirurgia/procedimento, o médico anesthesiologista é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestésica. A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável. As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pela Resolução CFM nº 1.409/94, a saber:

- . orientação no tempo e espaço;
- . estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos;
- . ausência de náusea e vômitos;
- . ausência de dificuldade respiratória;
- . capacidade de ingerir líquidos;
- . capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;
- . sangramento ausente ou mínimo;
- . ausência de dor importante;
- . sem retenção urinária.

4.6 – A responsabilidade do acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico e/ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

5 – MATERIAIS NECESSÁRIOS

5.1 – A Unidade tipo I deverá contar com os seguintes materiais:

- . instrumental cirúrgico;
- . dispositivo para iluminação adequada do campo cirúrgico;
- . mesa/maca/cadeira adequada para a realização da cirurgia;
- . equipamentos e materiais específicos da especialidade praticada;
- . tensiômetro ou esfigmomanômetro;
- . equipamento para ausculta cardíaca;
- . material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- . material para a coleta de resíduos, conforme norma da ABNT.

5.2 – A Unidade tipo II deverá contar com os seguintes materiais:

- . instrumental cirúrgico;
- . aspirador de secreções;
- . conjunto de emergência, equipado com medicação de emergência e material de reanimação cardiorespiratória;
- . fonte de oxigênio;
- . dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico;
- . mesa/maca adequada para a realização da cirurgia;
- . equipamentos específicos da especialidade praticada (como microscópio cirúrgico etc.);
- . estufa/autoclave para a esterilização de material se necessário;
- . dispositivo com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial;
- . tensiômetro ou esfigmomanômetro;
- . equipamento para ausculta cardíaca;
- . armário provido de porta, ou outro dispositivo com proteção, para a guarda de material esterilizado e descartável;
- . mobiliário padrão hospitalar – para o uso de pacientes (somente será permitido este tipo de mobiliário);
- . material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- . material para coleta de resíduos, conforme Norma da ABNT;
- . oxímetro de pulso;
- . outros equipamentos auxiliares para a atividade da especialidade.

5.3 – O Complexo Cirúrgico deverá ser organizado com as dependências descritas a seguir, observando-se as exigências mínimas de materiais e equipamentos para cada uma.

5.3.1 – As salas cirúrgicas deverão conter os seguintes equipamentos:

- . mesas/macac cirúrgicas;
- . mesa para instrumental;
- . aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;
- . conjunto de emergência, com desfibrilador;
- . aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
- . dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
- . banqueta ajustável, inox;

- . balde a chute;
- . tensiômetro ou similar;
- . equipamento para ausculta cardíaca;
- . fontes de gases e vácuo;
- . monitor cardíaco;
- . oxímetro de pulso;
- . laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- . instrumental cirúrgico;
- . material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- . medicamentos (anestésicos, analgésicos e mediações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorespiratória.);
- . equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

5.3.2 – A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada com:

- . cama/maca de recuperação com grade;
- . tensiômetro ou similar;
- . laringoscópio adulto ou infantil;
- . capnógrafo;
- . ventilador pulmonar adulto e infantil;
- . aspirador contínuo elétrico;
- . estetoscópio;
- . fonte de oxigênio e vácuo;
- . monitor cardíaco;
- . oxímetro de pulso;
- . eletrocardiógrafo;
- . maca hospitalar com grade;
- . material de consumo;
- . medicamentos.

5.4 – As Unidades tipo III e IV deverão possuir, no mínimo, todos os materiais e equipamentos relacionados para as Unidades tipo I e II e para o Complexo Cirúrgico.

Observação: Nas Unidades II, III e IV um conjunto de emergência deverá estar localizado na área de quartos e enfermarias, e estar provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados no Complexo Cirúrgico.

6 – RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

6.1 – As Unidades que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão contar com profissionais médicos e de enfermagem suficientes e qualificados para as atividades propostas.

6.2 – As Unidades do tipo II, III e IV estarão obrigadas a garantir, durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para atendimento de urgências e emergências.

6.3 – Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de Fiscalização, conforme determina a legislação em vigor.

7 – ORGANIZAÇÃO

7.1 – Todas as unidades classificadas nestas Normas deverão possuir:

- . registro diário do mapa de todas as cirurgias/procedimentos;
- . registro da ocorrência das complicações pós-operatórias, ocorridas até a alta da unidade;
- . registro de dados da ocorrência de infecção pós-cirúrgica comunicada à unidade, mantendo estatística mensal de ocorrência de infecção, topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;
- . registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos).

7.2 – Deverá haver uma programação diária de cirurgias para todas as salas, levando-se em conta o potencial de contaminação da cirurgia.

7.3 – Os procedimentos para controle de infecção pós-operatória, incluindo procedimentos de limpeza, esterilização e desinfecção, deverão obedecer às determinações do Ministério da Saúde.

7.4 – Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer ao estabelecido na legislação pertinente.

7.5 – Deverão ser estabelecidas rotinas para os serviços de limpeza, de enfermagem e de lavanderia.

7.6 – Os estabelecimentos deverão ser mantidos em perfeitas condições de ordem e limpeza.

8 – FUNCIONAMENTO

8.1 – Os serviços que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, mencionados no item **2.1**, deverão ter seus projetos de construção, reconstrução, adaptação ou reforma aprovados pela autoridade sanitária competente.

8.2 – Os estabelecimentos previstos no item **2.1** deverão ser planejados levando-se em conta possíveis limitações físicas dos pacientes, que possam dificultar a locomoção e aumentar a vulnerabilidade a acidentes.

8.3 – É proibida a localização destes estabelecimentos em zonas próximas a depósitos de lixo, indústrias ruidosas e/ou poluentes, grandes armazéns, oficinas e depósitos de materiais inflamáveis, cursos de água e atmosfera poluída.

8.4 – Os serviços que realizam cirurgias ambulatoriais, mencionados no item **2.1**, só poderão funcionar depois de devidamente licenciados pela autoridade sanitária competente, com suas especificações definidas.

8.5 – Os estabelecimentos mencionados no item 2.1 deverão contar com um responsável técnico, legalmente habilitado e inscrito no CREMERJ.

8.6 – Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão contar com retaguarda hospitalar incluindo laboratório, radiologia, banco de sangue e outros recursos que venham a ser necessário para tratamento de complicações que porventura ocorram durante a realização de cirurgia/procedimento. O hospital deverá estar localizado em distância compatível com o atendimento emergencial ao doente que estará sendo removido.

8.7 – Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão garantir condições para efetuar a remoção de pacientes que necessitem de internação, sem agravar suas condições clínicas.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 215, DE 03 DE ABRIL DE 2006

Dispõe sobre os procedimentos de especialidades que se enquadram nas “Normas Mínimas para o Funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência no Estado do Rio de Janeiro”, em concordância com o disposto na Resolução CREMERJ nº 180/01.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar os procedimentos referentes às “Normas Mínimas para Funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência no Estado do Rio de Janeiro”, anexos a esta Resolução, elaborada pelos representantes das Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho do CREMERJ.

Art.2º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar internação de curta permanência, deverão estruturar-se de acordo com os presentes procedimentos.

Art.3º As unidades de saúde referidas nos anexos são hospitais, clínicas, casas de saúde, institutos, consultórios, ambulatorios isolados, centros e postos de saúde e outras que executem os procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais.

Art.4º Os médicos anestesiológicos devem observar as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia nesses atos, estabelecidas pela Resolução CFM n. 1.363/93.

Art.5º As áreas físicas e instalações das Unidades classificadas por esta Resolução deverão obedecer às normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro.

Art.6º Os diretores técnicos das unidades de saúde são responsáveis pelo cumprimento das normas aqui estabelecidas, bem como pela provisão dos recursos físicos, humanos e materiais exigidos para a sua fiel execução. (...)

ANEXOS DOS PROCEDIMENTOS DAS ESPECIALIDADES ABAIXO RELACIONADAS, À LUZ DA RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 215/2006

1. Procedimentos de Dermatologia
2. Procedimentos de Cirurgia Plástica
3. Procedimentos de Reumatologia
4. Procedimentos de Cardiologia
5. Procedimentos de Mastologia
6. Procedimentos de Otorrinolaringologia
7. Procedimentos em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
8. Procedimentos de Endoscopia Digestiva

Obs.: Os procedimentos, na íntegra, estão disponíveis no site do CREMERJ (www.cremerj.org.br)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 218, DE 17 DE ABRIL DE 2006

Aprova os procedimentos urológicos em concordância com o disposto na Resolução CREMERJ nº 215/2006.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar os procedimentos urológicos referentes às “Normas Mínimas para Funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência no Estado do Rio de Janeiro”, anexo a esta Resolução, elaborado pela Câmara Técnica de Urologia do CREMERJ.

Art.2º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar internação de curta permanência, deverão estruturar-se de acordo com os presentes procedimentos.

Art.3º As unidades de saúde referidas nos anexos são hospitais, clínicas, casas de saúde, institutos, consultórios, ambulatórios isolados, centros e postos de saúde e outras que executem os procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais.

Art.4º Os médicos anestesiológicos devem observar as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia nesses atos, estabelecidas pela Resolução CFM n. 1.363/93.

Art.5º As áreas físicas e instalações das Unidades classificadas por esta Resolução deverão obedecer às normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro.

Art.6º Os diretores técnicos das unidades de saúde são responsáveis pelo cumprimento das normas aqui estabelecidas, bem como pela provisão dos recursos físicos, humanos e materiais exigidos para a sua fiel execução. (...)

Obs.: O procedimento, na íntegra, está disponível no site do CREMERJ (www.cremerj.org.br)

PARECER CREMERJ Nº 77, DE 03 DE DEZEMBRO DE 1999

Questões referentes ao acesso de pessoas leigas ao centro cirúrgico e às possíveis condições a que tal acesso se sujeita.

EMENTA: Afirma que todo o leigo que queira ter acesso à Sala de Cirurgia deve receber autorização prévia do cirurgião. Considera que, na autorização, o cirurgião deve levar em conta a utilidade real da presença do leigo.

CONSULTA: Consulta solicitada pelo Dr. A. L. L. acerca do acesso de pessoas leigas ao Centro Cirúrgico, com finalidades diversas como, por exemplo, filmar partos, acompanhar esposas etc. e sobre as possíveis condições a que tal acesso se sujeita.

PARECER: (...) Alguns comentários são cabíveis e a experiência com casos passados deve sempre ser considerada na avaliação dos prós e contras de tal acesso.

1 - Todo leigo que queira ter acesso à Sala de Cirurgia deve receber autorização prévia do cirurgião. 2 - Ao considerar a autorização o cirurgião deve levar em conta a utilidade real da presença do leigo (fotógrafo, cinegrafista etc.), a utilidade da presença do mesmo para apoio ao/à paciente (por exemplo, presença do pai na sala de parto) e, de um lado, a maior possibilidade de contaminação e, por outro, favorecimento de infecção per-operatória. 3 - O Cirurgião não se deve deixar levar por interesse político ou da mídia. (...)

PARECER CREMERJ Nº 78, DE 03 DE DEZEMBRO DE 1999

Questões relativas à internação hospitalar.

EMENTA: Considera que o que deve nortear a internação é o quadro clínico do paciente. Esclarece que, em relação à reinternação do paciente, o quadro apresentado pelo mesmo é que deverá definir a sua necessidade.

CONSULTA: Consulta encaminhada ao Conselho Federal de Medicina pelo Dr. A.C.R., Coordenador Médico da Maternidade Santa Helena, de Duque de Caxias/RJ, o qual solicita informações acerca de qual é o período mínimo de permanência de paciente em unidade hospitalar para que esta seja considerada internação hospitalar e sobre o intervalo mínimo entre duas internações para que seja aberto um novo prontuário. O C.F.M. enviou a Consulta supracitada para que seja apreciada pelo CREMERJ.

PARECER: O Dr. A.C.R. dirigiu-se ao C.F.M. expondo dúvida de como distinguir atendimento ambulatorial de atendimento em internação hospitalar, pois tem tido, segundo o consulente, problemas não só em relação aos Planos de Saúde, como em relação ao S.U.S.

No que diz respeito ao S.U.S. existe na terminologia básica em saúde, do Ministério da Saúde, de 1983, definição de internação como sendo a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por um período de no mínimo 24 horas.

Por outro lado, o S.U.S. prevê atendimento ambulatorial no qual o paciente pode vir a necessitar de medicação. Neste caso, o S.U.S. paga mais por este atendimento do que no atendimento sem uso de medicamentos.

Consideramos, no entanto, que o que deve nortear a definição de internação é o quadro clínico do paciente e o critério do médico atendente do mesmo deve considerar o que é vantajoso para o paciente pela segurança que possa oferecer a internação deste e não o tempo que o paciente permanecer hospitalizado.

Existem quadros em que o paciente apresenta, na primeira avaliação, dúvida diagnóstica. Há, então, a necessidade de dirimi-la através da feitura de exames complementares e, por vezes, tais exames não podem ser conclusivos em apenas uma avaliação. Assim, necessita-se da repetição dos mesmos para que se garanta a segurança do paciente.

Exemplo: um paciente atendido no ambulatório, com hipertensão arterial, e que não apresente sintomas ou sinais de comprometimento de órgão alvo, salvo em caso de hipertensão grave, pode e deve ser tratado ambulatorialmente.

Em relação a reinternação do paciente, o quadro apresentado pelo mesmo é que deverá definir a sua necessidade. Logicamente, se um paciente apresenta abscesso de parede em pós operatório, e se a identificação do mesmo foi feita durante a internação, o mais correto seria o prolongamento da internação. Mas, se o problema foi constatado apenas após a alta hospitalar, justifica-se a reinternação.

PARECER CREMERJ Nº 86, DE 24 DE MARÇO DE 2000

Versa sobre a questão de alta a pedido.

EMENTA: Afirma que se o paciente, de plena posse de suas faculdades mentais, recusar internação, o médico deve liberá-lo, salvo nos casos de iminente perigo de vida. Recomenda que seja procurado o responsável pelo paciente nos casos em que o médico julgá-lo incapaz de dispor sobre si. Constata os procedimentos que o médico deve seguir em situações nas quais se configure a alta a pedido em situações normais ou em feriados ou fora do expediente ambulatorial.

PARECER: (...) Após estudo de caso, constatamos que os procedimentos a serem seguidos nas situações em que o paciente não acata os procedimentos médicos e decide, por conta própria, deixar o estabelecimento médico são os seguintes:

- 1) Se o paciente, de plena posse de suas faculdades mentais, recusa internação, o médico deve, munido-se das cautelas necessárias - no caso, documento assinado pelo doente, na presença de testemunhas -, liberá-lo do atendimento. O profissional não pode se impor à vontade do paciente se este se encontrar apto a manifestar sua vontade, exceto nos casos de iminente perigo de vida do paciente, quando o médico não deverá proceder à alta.
- 2) Nos casos em que houver alteração mental, incapacitando o paciente do autodiscernimento e da ampla autonomia, deverá ser acionado, caso haja, o seu responsável. Em qualquer hipótese, é obrigatória a consulta à Comissão de Revisão de Internação Psiquiátrica.
- 3) Caso seja confirmada a alta a pedido, as medidas adotadas deverão ser: a anotação na papeleta do paciente sobre o tipo de alta e a comunicação do fato aos responsáveis legais.
- 4) Quando os casos em tela acontecerem em feriados ou fora do expediente ambulatorial, a autoridade que deverá ser contatada será a da Delegacia de Polícia, responsável pela jurisdição do Nosocômio. (...)

PARECER CREMERJ Nº 95, DE 09 DE JUNHO DE 2000

Questões relativas à visita médica nos finais de semana realizada pelos médicos da rotina do Hospital Geral do Andaraí.

EMENTA: Informa que o Hospital Geral do Andaraí adotou um sistema de visitas médicas, nos finais de semana, através dos seus médicos da rotina. Afirma que essa medida foi extremamente positiva para a continuidade do tratamento dos pacientes, podendo contribuir para a redução da permanência dos mesmos no hospital. Recomenda que a experiência seja levada ao conhecimento das autoridades de saúde a fim de tornar possível sua adoção em outros hospitais.

CONSULTA: O consulente solicita um parecer do CREMERJ sobre o conteúdo ético da decisão administrativa do Hospital Geral do Andaraí de realizar visitas médicas nos finais de semana através dos seus médicos da rotina.

PARECER: O Diretor Geral do Hospital Geral do Andaraí, Dr. V. G., comunica ao CREMERJ a adoção da visita médica nos fins de semana pelos médicos de rotina do Serviço de Medicina Interna desse Hospital, a partir de 1º de junho.

Ele relata que essa decisão foi adotada em reunião com os médicos do serviço. Nessa ocasião, as apreciações foram positivas em relação à finalidade do projeto, embora os médicos tenham se queixado quanto aos aspectos salariais e de motivação.

Não resta dúvida que essa medida foi extremamente positiva, seguramente de grande valia para a continuidade adequada do tratamento dos pacientes. A sua adoção deveria ser levada ao conhecimento das instâncias superiores das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, além da Representação do Ministério da Saúde, para que esse tipo de experiência fosse estendida a outros hospitais, estimulando a sua prática em larga escala.

É louvável a atitude de deliberar sobre tal medida ouvindo os médicos que participarão do projeto. As questões salariais e de motivação profissional são relevantes e devem merecer a atenção das autoridades competentes.

Acreditamos que tal medida pode contribuir para a redução da permanência do paciente no hospital, podendo até ser um fator importante na redução da mortalidade, uma vez que possibilitaria a homogeneização do tratamento e, conseqüentemente, otimizaria os resultados a serem obtidos. (...)

PARECER CREMERJ Nº 149, DE 03 DE SETEMBRO DE 2003

Questões relativas a horário de visita por parte de profissionais de saúde.

EMENTA: Esclarece que ao médico deve sempre ser permitido o ingresso na Unidade de Saúde. Ressalta que uma vez na Instituição o médico deve sempre manter a postura de zelo e de respeito ao paciente, aos demais profissionais de saúde e ao regimento interno da mesma.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. M. A. B. de O., o qual expõe que a Casa de Caridade de Araruama vem passando por sérios problemas, pois alguns profissionais de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista etc.) estão entrando na referida Casa a qualquer hora do dia, até fora do horário de expediente, para visitar pacientes, às vezes parentes, e isso vem acarretando vários transtornos para os funcionários administrativos, para os médicos plantonistas do dia e, muitas vezes, para os próprios pacientes. A Interessada solicita saber se existe algum documento oficial que permita a esses profissionais da área de saúde terem livre acesso aos hospitais, ou seja, que possam entrar e sair a qualquer hora e até fora do horário normal de expediente.

PARECER: Ao médico deve ser sempre permitido o ingresso à Unidade de Saúde, independente do horário de visitas, seja em estabelecimento público ou privado. Neste, seja atuando como médico, como amigo ou como parente deve sempre manter a postura adequada, o respeito ao Regimento Interno da Instituição e até acatar, quando solicitado pelos familiares ou por outros profissionais de saúde envolvidos no tratamento, a retirar-se do aposento do paciente para que sejam realizados alguns procedimentos (banhos etc.). Ressaltamos que ouvida a Assessoria Jurídica do CREMERJ, esta informou, após consulta aos Tribunais Federal e Estadual, que não há nenhuma jurisprudência ou legislação sobre o assunto. É o parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 158, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Questão relativa à prescrição médica para o paciente internado.

EMENTA: Saliencia que a visita médica é necessária todos os dias, devendo a prescrição médica correlacionar-se com a evolução do paciente, não se devendo prestigiar a prática de prescrição com datas antecipadas.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Unimed Araruama, a qual deseja esclarecer dúvidas relacionadas à periodicidade da visita médica a paciente internado e à possibilidade de se antecipar a prescrição dos dias subseqüentes.

PARECER: A Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ – CODIPAR reconhece a possibilidade de a prescrição médica permanecer invariável por certo período para pacientes crônicos e estáveis, internados em clínica de cuidados prolongados. Deste modo, considera admissível que a prescrição permaneça invariável durante o período determinado pelo médico assistente para esses pacientes.

Porém, haja vista a possibilidade de intercorrências, mesmo em casos de doenças crônicas e pacientes estáveis, a visita médica é necessária todos os dias, quando se decidirá pela continuidade da medicação prescrita, ou não.

Em princípio, o número e a duração das visitas médicas não podem ser previamente estabelecidos, pois dependem de cada caso. Há pacientes tão graves que necessitam da presença permanente de um médico, como aqueles que estão em UTI.

A prescrição médica deve correlacionar-se com a evolução do mesmo dia ou período da avaliação. Assim, não há que se prestigiar a prática da prescrição com datas antecipadas. A prescrição deve ser feita preferencialmente pela manhã para que a enfermagem faça a sua programação.

A prescrição do dia anterior deve ser mantida até nova avaliação médica, ocasião em que deverá ser repetida ou alterada em função das necessidades apresentadas no momento.

A rotina da enfermagem, o bom andamento administrativo e o horário das visitas do médico devem se adaptar às necessidades e à segurança do paciente.

Caso o médico, excepcionalmente, não tenha condições de fazer a prescrição, é recomendável que ele mantenha contato com o médico plantonista do hospital para que não haja solução de continuidade do tratamento. É o parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 162, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Questão relativa à alta hospitalar por indisciplina.

EMENTA: Ressalta que, após esgotadas todas as tentativas de correção do comportamento, é possível conceder alta hospitalar ao paciente que constantemente infrinja as normas administrativas e disciplinares do estabelecimento, uma vez que sua conduta pode comprometer o bem-estar dos outros pacientes.

CONSULTA: Consulta encaminhada por médicos do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras, os quais relatam eventos promovidos por alguns pacientes internados que se rebelam contra as normas disciplinadoras do estabelecimento e, algumas vezes, adotam condutas anti-sociais, desrespeitando, desacatando e ameaçando médicos e outros profissionais da instituição hospitalar.

PARECER: A Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ – CODIPAR esclarece que desconhece oficialmente o conceito de alta médica por indisciplina, além do que é indubitável o caráter administrativo da questão apresentada. Entretanto, sob o ponto de vista ético aplicável à questão, baseamo-nos no artigo 61 do Código de Ética Médica, que prevê:

“É vedado ao médico:

Art. 61. Abandonar paciente sob seus cuidados.

Parágrafo 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

Parágrafo 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.”

Portanto, seguindo-se os ditames acima, é facultado ao médico assistente ou, até, à Direção Clínica da instituição, após esgotadas todas as tentativas de correção do comportamento do paciente, determinar a alta pelo motivo referido, desde que seja assegurada a continuidade do tratamento em curso, sem prejuízo para o paciente ou para a comunidade.

Ressalve-se que o paciente ou seu responsável deverá ser devidamente esclarecido da conduta decidida.

Acredita-se que esta medida administrativa visa a resguardar os direitos dos outros pacientes internados, uma vez que a inconveniência de tais comportamentos pode comprometer o tratamento dos demais. É o parecer, s. m. j.

Parâmetros Hospitalares e Terminologia Básica em Saúde

Não existe definição de padrões éticos do número ideal de leitos, de consultas ou de médicos por habitante. O que existe são metas determinadas pelas organizações de saúde a serem alcançadas em função de projetos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países-membros. Tão pouco define e recomenda o número desejável de médicos, enfermeiros e dentistas por habitante. Não existe, ainda, orientação sobre a duração ideal das consultas médicas ou um número desejável de pacientes atendidos por hora.

A definição de índices, como número de leitos ou médicos por habitantes depende de fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região, país para país. Isso torna impossível, além de pouco válido, o estabelecimento de uma "cifra ideal" a ser aplicada de maneira generalizada por todos os países do planeta.

O Brasil, país de dimensões continentais, ilustra bem o problema: o número ideal de médicos e leitos para uma população rural na Região Norte, onde um dos principais problemas de saúde é a malária, não pode ser o mesmo que o exigido na Região Metropolitana de São Paulo, que tem alta concentração de população urbana e cuja demanda por assistência médica e internação hospitalar tem como causas principais as doenças crônicas (ex: câncer e diabetes) e fatores externos (ex: acidentes de trânsito, homicídios e violência).

A OMS acompanha os índices de leitos/habitante e profissionais de saúde/habitante enviados anualmente por seus países-membros. Os dados podem ser encontrados nas páginas da OMS, no endereço www.who.org e da OPAS, no endereço www.paho.org.

De acordo com a OMS, o Brasil possui uma situação confortável na relação médico/habitante, chegando à relação de um médico por 1.712 habitantes.

No Brasil, o Ministério da Saúde define as metas a serem atingidas pelos municípios através da Portaria MS/GM nº 1.101, de 12/06/200 (<http://elegis.anvisa.gov.br>)

Os dados podem ser obtidos em diversas fontes:

. O site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br traz dados e um panorama geral sobre o setor de Saúde do Brasil.

. Indicadores Básicos de Saúde (IDB) e outros dados estão disponíveis na página da Representação da OPAS/OMS no Brasil: www.opas.org.br ou no site do Datasus www.datasus.gov.br . Neste último especial atenção ao "Caderno de Informações de Saúde", ferramenta de consolidação de dados muito

útil para avaliação do sistema municipal de saúde.

. Informações sobre profissionais de saúde também podem ser encontradas nas páginas dos respectivos Conselhos Federais:

Conselho Federal de Medicina: www.portalmedico.org.br

Conselho Federal de Enfermagem: www.portalcofen.com.br

Conselho Federal de Odontologia: www.cfo.org.br

Tipos de Unidade de Saúde

Para organização de um sistema local de saúde, orientado pelos municípios, regionalizada e hierarquizada, a rede deve contar com unidades de saúde distribuídas segundo os diferentes níveis de complexidade de serviços e de acordo com as realidades loco-regionais. A revisão desses parâmetros deve ser realizada pelo Ministério da Saúde junto com os estados e municípios, a partir do desenvolvimento dos planos de ação.

A norma que regulamenta todos os projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, inclusive unidades ambulatoriais, é a Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. A RDC não estabelece um programa específico para centros de saúde. Isto deve ser fruto de uma discussão da equipe local, de acordo com as necessidades da população (perfil epidemiológico, características etária e de sexo, demografia, geografia da região e etc). A Resolução estabelece normas para estabelecimentos assistenciais de saúde, seja ele um posto ou um hospital universitário.

1 - Estabelecimento de Saúde

Estabelecimento que presta serviços de saúde com um mínimo de técnica apropriada, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para o atendimento rotineiro à população, como posto de saúde, centro de saúde, clínica ou posto de assistência médica, unidade mista, hospital (inclusive de corporações militares), unidade de complementação diagnóstica e terapêutica, clínica radiológica, clínica de reabilitação, ambulatório de sindicato e clínica odontológica.

2 - Posto de Saúde

É uma unidade de saúde que presta assistência a uma população determinada, estimada em até 2.000 habitantes, utilizando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento. Essa unidade não dispõe de profissionais de nível superior no seu quadro permanente, sendo a assistência prestada por profissionais de nível médio ou elementar, com apoio e supervisão dos centros de saúde de sua articulação. Desenvolve comumente atividades voltadas para a orientação nas áreas de alimentação, nutrição, Materno-Infantil, tratamento de agravos simples, imunizações, educação para a saúde, fornecimento de medicamentos padronizados, colheita de material para exame de laboratório, vigilância epidemiológica e ações de saneamento elementar relacionadas com a água, destino adequado dos dejetos e lixo. Eventualmente, poder ser incluída consulta médica, por médico generalista, com periodicidade determinada de acordo com a necessidade.

3 - Centro de Saúde

É a unidade destinada a prestar assistência à saúde a uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. Sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com seu tamanho e capacidade resolutive. Pode ser agrupado em três tipos:

Tipo 1 - É concebido para atender agrupamentos populacionais entre 2.000 e 5.000 habitantes. As atividades desenvolvidas são as mesmas descritas para o posto de saúde, acrescidas da consulta médica permanente, exames de laboratório na sua estrutura física, situação em que deverá dispor de unidade laboratorial estrategicamente localizada.

Tipo 2 - É concebido para atender agrupamentos populacionais entre 5.000 e 15.000 habitantes. As atividades desenvolvidas nestes centros de saúde deverão contar com recursos de diagnóstico e tratamento de maior complexidade tecnológica que as desenvolvidas no centro de saúde de tipo 1.

Tipo 3 - É concebido para atender agrupamentos populacionais entre 15.000 e 30.000 habitantes. As atividades desenvolvidas nestes centros de saúde serão as mesmas do tipo 2, acrescidas do atendimento a áreas definidas de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Os centros de saúde tipo 3 serão a referência para outros centros de saúde de menor complexidade, na sua área. Os centros de saúde poderão supervisionar os postos de saúde de sua área de abrangência. Dependendo das características locais, de apoio de referência, os centros de saúde poderão contar com atendimento de urgência, nas 24 horas, e leitos de observação.

4 - Centro Regional de Especialidades (ambulatório de especialidades)

Esse estabelecimento de saúde será instalado em agrupamentos populacionais superiores a 30.000 habitantes e se envolver atividades nas áreas médicas definidas através do perfil epidemiológico e recurso existentes em cada região. Para o apoio diagnóstico e terapêutico deverá contar com o laboratório de patologia clínica, radiodiagnóstico, sala para pequenas cirurgias e leitos de repouso.

5 - Unidade Mista

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à saúde, em regime ambulatorial desenvolvidas no centro de saúde que a integra e nos da rede de serviços da área delimitada. O componente de internação é concebido para atender as especialidades médicas básicas e dar cobertura ao atendimento de urgência do próprio estabelecimento e àqueles referidos da área delimitada. A unidade mista, como estabelecimentos hospitalar, deverá contar com toda a infra-estrutura necessária para sua operação. Como apoio diagnóstico deverá contar com laboratório de patologia clínica e radiodiagnóstico. A unidade mista deverá ser programada para agrupamentos populacionais de pequeno porte que não ultrapassem o número de 15.000 habitantes. A unidade mista é um estabelecimento a ser utilizado especialmente em regiões onde a referência centro de saúde/hospital local ou regional é difícil ou onerosa, representando o apoio à rede de serviços, sob a coordenação do centro de saúde ao qual está vinculada.

6 - Hospital Local

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica em regime de internação e urgência, nas especialidades médicas básicas, para uma população de área geográfica determinada. Para os municípios com agrupamentos com mais de 20.000 habitantes, o hospital local ser a primeira referência de internação. As unidades de internação desse estabelecimento são dimensionadas para atender, nas especialidades básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica), os pacientes referidos dos centros de saúde de sua área delimitada, bem como oferecer cobertura ao atendimento de emergência da mesma área. Outras especialidades médicas poderão ser desenvolvidas no hospital local de acordo com peculiaridades do quadro epidemiológico local, porém devem ser consideradas as limitações do nível de complexidade dos serviços oferecidos por esse tipo de unidade de saúde. O hospital deve contar ainda com a infra-estrutura mínima necessária à sua operação. Como apoio diagnóstico deve contar com laboratório de patologia clínica e radiodiagnóstico.

7 - Hospital Regional

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica em regime de internação e emergência nas especialidades médicas básicas, associadas àquelas consideradas estratégicas e necessárias para sua área de abrangência.

8 - Hospital Especializado

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica, em uma só especialidade em regime de internação e emergência, aos pacientes referidos dos estabelecimentos de menor complexidade. O hospital especializado (uma só especialidade) funciona como o hospital de base na sua especialidade.

9 - Hospital de Base ou Macrorregional

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica especializada, de alto grau de complexidade, em regime de internação, aos pacientes referidos das áreas de menor complexidade do sistema.

10 - Posto de Assistência Médica

Estabelecimento de saúde destinado à assistência ambulatorial que desenvolve suas ações sob demanda. O mesmo que policlínica.

11 - Unidade Ambulatorial

Local onde se presta serviços de saúde a pacientes, em estabelecimento (de saúde), em regime de não internação.

12 - Pronto Atendimento

Conjunto de elementos destinados a atender a urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde.

13 - Hospital Geral

Hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas: clínicas médica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica.

14 - Hospital Privado

O órgão responsável pela administração do hospital é particular, mesmo sendo subvencionado ou auxiliado pelo poder público, e visa auferir lucros ou distribuir dividendos.

15 - Hospital Público

O órgão responsável pela administração do hospital é instituído pelo poder público, com personalidade jurídica de direito público ou privado (administração direta e indireta).

16 - Hospital Universitário

O órgão responsável pela administração do hospital é uma universidade, com personalidade jurídica de direito público ou privado.

17 - Hospital Filantrópico

O órgão responsável pela administração do hospital é particular e não visa auferir lucros ou vantagens de qualquer natureza, embora cobre taxas para atender as despesas de manutenção ou receba verbas e doações destinadas ao custeio de suas atividades.

PARÂMETROS PARA CÁLCULOS DE ATENDIMENTO MÉDICO

1 - Consulta médica

Modalidade de assistência na qual elementos da equipe de saúde, de nível superior, interagem com o usuário para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.

Para dimensionamento do número de consultas médicas, dever ser considerada a concentração de duas consultas médicas/habitantes/ano para a população da área de abrangência.

Para dimensionamento do número de consultórios médicos, considerar que o seu rendimento é de 16 consultas/quatro horas.

2 - Consulta médica especializada

Para o dimensionamento das necessidades de consulta médica especializada, considerar o coeficiente de referência igual a 10% das consultas médicas gerais.

Para o dimensionamento das necessidades de consultórios médicos para a consulta médica especializada, considerar que o rendimento é de 16 consultas/quatro horas.

3 - Internações Hospitalares

Número de autorizações de internação hospitalar apresentado, excluindo as continuações das internações de longa permanência. O prestador de serviços de hospitalização, segundo a natureza, pode ser privado (hospitais particulares e filantrópicos), público (hospitais federais, estaduais e municipais) e universitário (hospitais vinculados às instituições de ensino e pesquisa, sejam públicos ou privados).

4 - Atendimento de urgência

Conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata, por apresentarem risco de vida. Para o dimensionamento das necessidades de atendimento de urgência, considerar:

a implantação do atendimento de urgência dever ser sempre programada como parte integrante das unidades mistas, hospitais locais e regionais, podendo ser programada também como parte dos centros de saúde tipo 3 e o centro regional de especialidades (ambulatório de especialidades);

incidência de acidentes ou outros agravos que demandam o atendimento de urgência;

distância e acesso a outros estabelecimentos que desempenham atividades de urgência.

5 - Visita domiciliar

O dimensionamento das necessidades de visita domiciliar, instrumento fundamental para atividades de educação para a saúde da população, dever ser calculado conforme o estabelecido no programa de saúde local.

6 - Internação

Admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior que 24 horas.

7 - Leitos hospitalares

Cama destinada à internação de um paciente no hospital. É o leito de Unidade de Internação: enfermaria (apartamento com mais de duas camas) e quarto (apartamento de uma ou duas camas).

Para o dimensionamento do número de leitos, considerar:

. Unidade mista ou hospital local - Dois leitos/1.000 habitantes da área delimitada, mais um leito/1.000 habitantes, para atendimento ... demanda de outras áreas.

. Hospital regional - Dois leitos/1.000 habitantes da área delimitada, mais um leito/1.000 habitantes rurais do município, mais um leito/1.000 habitantes de agrupamentos fora do município, mais 0,5 leito/1.000 habitantes dispersos da área programática, fora do município. A população mínima da área urbana onde se localiza um hospital regional não deve ser inferior a 20.000 habitantes.

8 - Mortalidade Infantil (1.000 NV): Mortes infantis são aquelas que ocorrem a partir do nascimento (vivo) até o 365º dia de vida, isto é, durante o primeiro ano de vida. A mensuração é feita pela taxa ou coeficiente de mortalidade infantil, cuja fórmula é a seguinte:

$$\text{N}^\circ \text{ de mortes de crianças menores de 1 ano de idade residentes numa área e ano} / \text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos residentes na mesma área e ano} \times 1000 = \text{Taxa ou coeficiente de mortalidade Infantil.}$$

A taxa ou coeficiente de mortalidade infantil mede o risco que o nascido vivo tem de morrer antes de completar um ano de idade. É considerada, universalmente, como um dos melhores indicadores não só de saúde infantil como também do nível sócio-econômico de uma população. Nesse sentido, é muito utilizada a classificação por níveis: baixo, médio e alto, comparando-se vários países ou regiões.

9 - Mortalidade Materna (100.000 NV): Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação. As mortes maternas são medidas pela taxa ou coeficiente de mortalidade materna, cuja fórmula de cálculo é a seguinte:

$$\text{N}^\circ \text{ de mortes maternas de residentes numa área e ano} / \text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes na mesma área e ano} \times 100.000 = \text{Taxa ou coeficiente mortalidade materna.}$$
 Para comparação, classifica-se o coeficiente em nível baixo, de 0 a 10 óbitos maternos/100.000 N.V.; médio, de 11 a 50, e alto 51 e mais. (FONTE: Fonte de Dados e Definições utilizadas em Saúde Materno-Infantil, OPAS, 1994)

Para maiores informações, acesse: www.saude.gov.br
<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5406.pdf>

Estabelecimento Asilar

O crescimento da população de idosos no Brasil, no período de 1991 a 2000, foi de 19,6% segundo dados do IBGE, enquanto o crescimento total da população foi de 13,5 %. Os idosos correspondem a aproximadamente 8,8% do total da população brasileira. O Rio de Janeiro é o estado brasileiro com a maior proporção de idosos. Dados do IBGE de 2000 mostraram que 10,7% de sua população tem, hoje, 60 anos ou mais de idade.

Os governos Federal e Estadual criaram e aprovaram as seguintes leis em favor do cidadão com mais de 60 anos:

Lei Federal Nº 8.842 de 04/01/94 – Cria a Política Nacional do Idoso.

Lei Federal Nº 10.173 de 09/01/2001 – Dá preferência de tramitação aos processos judiciais aos maiores de 65 anos.

Portaria GM/MS Nº280 de 07/04/99 – Permite acompanhante na internação do idoso.

Portaria GM/MS Nº 830 de 24/06/99 – Regulamenta a diária de acompanhante para idosos no SUS.

Portaria GM/MS Nº 1.395 de 10/12/99 – Cria a Política Nacional de Saúde do Idoso.

Lei Estadual Nº 2.078 de 11/02/93 – Estabelece prazos para despachos judiciais.

Lei Estadual Nº 2.828 de 11/11/97 – Garante a permanência para idosos em caso de internação.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 192, DE 02 DE ABRIL DE 2003

Dispõe sobre as normas éticas e técnicas para a assistência em estabelecimento asilar, tais como casa de repouso, clínica geriátrica, abrigo e outras instituições, destinadas ao atendimento de idosos.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar as "Normas Éticas e Técnicas a serem observadas pelos médicos que prestem serviços em Instituição Asilar no Estado do Rio de Janeiro", anexas a esta Resolução.

Art.2º Estabelecimentos para atendimento a idosos são aqueles, com denominações diversas, tais como casa de repouso, clínica geriátrica, abrigo e outras instituições, que se propõem a manter pessoas com 60 (sessenta) anos, ou mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, por período determinado ou não, com recursos profissionais e materiais que possam atender às necessidades de saúde, alimentação, higiene, repouso, lazer, trabalho e de ocupações sociais dos usuários.

Parágrafo único - Enquadra-se na definição acima a Instituição que aceita pessoas com menos de 60

anos, desde que estejam em situação de vulnerabilidade biológica, social ou psíquica.

Art.3º As Instituições para atendimento asilar classificam-se em 3 (três) níveis de complexidade:

a) Nível A – Deve oferecer moradia, área para atividades de reabilitação e consultório médico. Destina-se a idosos independentes para as atividades de vida diária (AVDs).

b) Nível B – Deve oferecer moradia, área para atividades de reabilitação, consultório médico, unidade para atendimento de intercorrências. Destina-se a idosos de média dependência.

c) Nível C – Deve oferecer moradia, área para atividades de reabilitação, consultório médico, unidade para atendimento de intercorrências e unidades de internação. Destina-se a idosos de alta dependência.

§1º O grau de deficiência deve ser determinado através de avaliação funcional pelos critérios estabelecidos nas Escalas de Katz, Lawton e Crichton que medem a saúde em termos de função.

§2º É proibida a permanência de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica, cuja falta possa agravar sua vida ou a de terceiros.

Art.4º Os médicos não podem exercer suas funções em estabelecimentos públicos, privados e/ou filantrópicos que não se proponham a prestar assistência médica a idosos de acordo com a presente Resolução, com recursos profissionais e materiais que possam atender as necessidades de saúde dos usuários.

Art.5º O Corpo Clínico terá o quantitativo de médicos relacionado ao nível de complexidade da proposta assistencial da Instituição e ao número de idosos asilados, devendo ser composto por médicos com experiência nesta área, preferencialmente por especialistas em Geriatria.

Parágrafo único - Médico assistente é o responsável pelo acompanhamento do idoso na instituição ou no consultório, devendo estar com seus dados cadastrados no estabelecimento.

Art.6º Os quantitativos correspondentes a outras categorias profissionais de saúde deverão ser estabelecidos de acordo com a legislação.

Art.7º É obrigatória a inscrição junto ao CREMERJ conforme dispõe a Resolução nº 23/88.

§1º O Diretor Técnico deve ser, preferencialmente, especialista em Geriatria.

§2º É dever do Diretor Técnico afixar em local de fácil visualização a Certidão de Anotações de Responsabilidade Técnica (CART), o Certificado de Inscrição de Empresa (CIE), o Estatuto e Regulamento Interno do Estabelecimento e a Certidão de Assentimento Sanitário ou a Licença de Funcionamento Sanitário. (...)

Assistência Domiciliar

PORTARIA Nº 2.416, DE 23 DE MARÇO DE 1998

Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

(...)Considerando que a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital, e

Considerando que a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares.

RESOLVE:

(...) **Art.2º** Estabelecer os seguintes critérios para a realização da internação domiciliar:

- 1- A internação domiciliar somente poderá ser realizada se autorizada pelo órgão Emissor de AIH, seguindo-se a uma internação hospitalar.
- 2- A causa da internação domiciliar, definida pela CID 10º Revisão deve obrigatoriamente ser relacionada com o procedimento da internação hospitalar que a precedeu.
- 3- A internação hospitalar que precedeu a internação domiciliar deve ter duração mínima de pelo menos a metade do tempo médio estabelecido para o procedimento realizado.
- 4- É vedada a internação domiciliar quando a internação hospitalar que a precedeu ocorrer por diagnóstico e/ou primeiro atendimento ou qualquer outro procedimento com tempo médio de permanência inferior a quatro dias.
- 5- A internação domiciliar só será realizada após avaliação médica e solicitação específica em laudo próprio, sendo precedida de avaliação das condições familiares e domiciliares e do cuidado ao paciente, por membro da equipe de saúde que expedirá laudo específico que condiciona a autorização da internação.
- 6- O paciente sempre que possível e o seu responsável deverão explicitar em documento a anuência à internação domiciliar, devendo a documentação ficar anexada ao prontuário médico do paciente.
- 7- O hospital onde ocorreu a internação prévia à internação domiciliar será considerada a Unidade Hospitalar responsável para os efeitos desta Portaria.
- 8- São condições prioritárias para a internação domiciliar: pacientes com idade superior a 65 anos com pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano; pacientes portadores de condições crônicas tais como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes; pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação; pacientes portadores de neoplasias malignas.

Art.3º São requisitos para credenciamento de Hospital para a realização de internação domiciliar:

- 1- Dispor de serviço de urgência/emergência em plantão de 24 horas ou referência de serviço hospitalar emergencial equivalente na área de abrangência do domicílio do paciente.
- 2- Garantia de remoção em ambulância.
- 3- Prover todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e equipamentos necessários ao paciente em internação domiciliar.
- 4- Contar com equipe multidisciplinar, para atendimento máximo de 10 pacientes/mês por equipe,

composta por profissionais de medicina, enfermagem, assistência social, nutrição, psicologia, própria do hospital ou de Unidade Ambulatorial com a qual o hospital responsável tenha estabelecido sistema de referência e contra-referência.

5- Colocar à disposição da equipe outros profissionais para o cuidado especializado de que necessite o paciente em internação domiciliar.

Parágrafo 1º - A equipe multidisciplinar deverá realizar visita semanal programada, para dispensar os cuidados médico-assistenciais e avaliar o estado do paciente para fins de continuação ou alta da internação.

Parágrafo 2º - Em caso de óbito durante a internação domiciliar, o hospital responsável deverá adotar todas as providências necessárias à emissão da declaração correspondente.

Art. 4º Operacionalização da internação domiciliar:

1- O hospital público ou privado prestador de serviços ao SUS solicitará à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, caso a condição de gestão do município assim o possibilite, autorização para a realização do procedimento demonstrando estar apta a cumprir todos os requisitos.

2- A SES ou SMS realizará vistoria da Unidade, com posterior encaminhamento de ofício ao GTSH/DATASUS autorizando a realização do procedimento.

3- A SES ou SMS estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treinamento e o apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nessa modalidade.

4- A cobrança da internação domiciliar será feita através de Autorização de Internação Hospital - AIH, com lançamento do procedimento específico, preenchimento do CPF do paciente em campo próprio com lançamento obrigatório das consultas médicas realizadas.

5- Deverá ser lançado no campo serviço profissional da AIH o quantitativo de diárias utilizadas no período de tratamento, não podendo ultrapassar os limites previstos para o procedimento.

6- A internação domiciliar não poderá exceder a 30 dias e nem ter duração inferior a 15 dias, exceto em caso de óbito ou transferência para Unidade Hospitalar.

7- Não será permitida cobrança de permanência à maior no procedimento internação domiciliar.

8- Quando houver necessidade de continuidade da internação domiciliar por mais de 30 dias deverá ser preenchido o campo motivo de cobrança com 2.2 - permanência por intercorrências e emitida nova AIH, constando em campo próprio, obrigatoriamente, o número da AIH posterior. (...)

RESOLUÇÃO ANVISA Nº 11, DE 26 DE JANEIRO DE 2006

Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços
que prestam Atenção Domiciliar. (...)

Pra maiores informações, acesse: <http://e-legis.anvisa.gov.br>

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.668, DE 07 DE MAIO DE 2003

Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar deverão ser cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam.

Parágrafo 1º - Este cadastro/registro deve ser acompanhado da apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento da empresa, o qual deverá ser homologado pelo Conselho Regional.

Parágrafo 2º - As empresas, hospitalares ou não, devem ter um diretor técnico, necessariamente médico, que assumirá, perante o Conselho, a responsabilidade ética de seu funcionamento.

Parágrafo 3º - As empresas, hospitalares ou não, responsáveis pela assistência a paciente internado em regime domiciliar devem ter, por força de convênio, contrato ou similar, hospital de retaguarda que garanta a reinternação nos casos de agudização da enfermidade ou intercorrência de alguma condição que impeça a continuidade do tratamento domiciliar e exija a internação formal, que deve ser preferencialmente feita no hospital de origem do paciente.

Art.2º As empresas ou hospitais que prestam assistência em regime de internação domiciliar devem manter um médico de plantão nas 24 horas, para atendimento às eventuais intercorrências clínicas.

Art.3º As equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados em regime domiciliar devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia.

Parágrafo único - As equipes serão sempre coordenadas pelo médico, sendo o médico assistente o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por este regime de internação e pela manutenção da condição clínica dos mesmos.

Art.4º A assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica, registrada em prontuário específico.

Art.5º A atribuição dos demais membros da equipe multidisciplinar deverá ser estabelecida pelo conselho profissional de cada componente.

Art.6º As normas de funcionamento às quais refere-se o parágrafo primeiro do artigo primeiro, devem contemplar os protocolos de visitas e o número de pacientes internados sob a responsabilidade de cada equipe.

Parágrafo 1º - Os protocolos de visitas devem estabelecer o número mínimo de visitas de cada componente da equipe ao paciente internado no domicílio.

Parágrafo 2º - O número máximo de pacientes internados no domicílio sob a responsabilidade de um médico, não poderá exceder a quinze.

Art.7º O médico assistente de paciente internado em instituição hospitalar e que quer submeter-se à internação domiciliar tem a prerrogativa de decidir se deseja manter o acompanhamento no domicílio.

Parágrafo único - Em caso de recusa, o médico assistente deve fornecer ao novo médico que irá prestar assistência domiciliar todas as informações concernentes ao quadro clínico do paciente, sob a forma de laudo circunstanciado, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

Art.8º O hospital ou empresa responsável por pacientes internados em domicílio deve(m) dispor das condições mínimas que garantam uma boa assistência, caracterizadas por:

- I - Ambulância para remoção do paciente, equipada à sua condição clínica;
- II - Todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, matérias e medicamentos necessários;
- III - Cuidados especializados necessários ao paciente internado;
- IV - Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de retaguarda, nos termos do parágrafo 3º do artigo 1º e do artigo 2º desta resolução.

Art.9º Em caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assistente do paciente assumirá a responsabilidade pela emissão da competente declaração.

Art.10. A assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário.

Art.11. O profissional médico, em conjunto com o diretor técnico da instituição prestadora da assistência, deverá tomar medidas referentes à preservação da ética médica, especialmente quanto ao artigo 30 do Código de Ética Médica, que veda delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.(...)

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Há aproximadamente dez anos e em velocidade crescente no Brasil, instalou-se o Sistema de Atendimento Domiciliar que tinha e tem como objetivo uma série de fundamentos, entre os quais podemos citar:

- a) Cuidado de paciente em seu domicílio ou de seus familiares, conferindo-lhe maior humanização e atendendo aos princípios bioéticos da beneficência, não - maleficência e justiça;
- b) Redução dos custos assistenciais caracterizados pela não - utilização da infra-estrutura hospitalar;
- c) Maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, facilitando a pronta evolução de sua recuperação;
- d) Possibilidade de eleição de pacientes abrangidos por este benefício, poupando-os dos agravos decorrentes de internação prolongada;
- e) Estreitamento da relação médico-paciente ou, ainda, equipe de saúde-paciente-família, com todas as vantagens sociais e éticas daí advindas.

Historicamente, a Medicina viveu momentos semelhantes quando os profissionais - não contando, muitas vezes, com a existência de estrutura hospitalar de retaguarda - acompanhavam a evolução da doença no próprio domicílio do paciente, com a constante e decisiva participação de seus familiares. Eram verdadeiros médicos de família.

Com o advento e proliferação dos hospitais e o crescente avanço tecnológico dos meios diagnósticos e terapêuticos, houve absoluta retração desta prática, não obstante sua eficácia. Fazia-se, enfim, necessário justificar os investimentos da época, redirecionando a demanda. Este modelo hospitalocêntrico persistiu por vários anos até que se percebeu que os aumentos dos custos assistenciais por ele provocados eram incompatíveis com sua própria manutenção.

Paralelamente a isto, em diversas áreas do conhecimento humano, inclusive na Medicina ocorreram e ainda vêm ocorrendo importantes mudanças de paradigma, alterando o enfoque da preocupação essencialmente tecnicista para uma abordagem predominantemente humanista.

Passou-se a falar em mudança do modelo hospitalocêntrico, entendendo-se o ambulatório como porta

de entrada do complexo assistencial, na medida em que se buscava implantar o Programa Saúde da Família (PSF) como a melhor e mais eficaz abordagem, a exemplo do que ocorria em vários países sanitariamente mais avançados que o Brasil, como Cuba e Canadá.

No bojo desta discussão surge a atenção domiciliar que se inicia por cuidados exclusivamente de enfermagem e, depois, pela atenção integral ao paciente assistido em regime domiciliar.

Tanto a iniciativa privada como o Poder Público, este mais modestamente, iniciaram a implantação deste sistema em vários estados do país, sob diversas modalidades. O Poder Público baseou-se em um hospital ou rede de hospitais públicos - neste último caso, regionalizando dentro do município sua abrangência.

Por sua vez, a iniciativa privada passou a atuar sob três modalidades:

a) criação de empresa especializada em “*home care*”, não necessariamente hospitalar, que dispõe de equipes multiprofissionais e sistema de transporte, vendendo aos usuários ou outras empresas esta forma de assistência;

b) cooperativas de trabalho e operadoras de planos de saúde, que disponibilizam a seus usuários esta modalidade de assistência;

c) hospitais que designam equipes, entre seus profissionais, para a implantação desta assistência.

Esta é a forma como hoje vem sendo desenvolvido o Sistema de Assistência Domiciliar no Brasil.

Procurando fazer uma revisão legal e ética acerca da matéria, nada foi encontrado que pudesse balizar tal atividade, além das questões básicas da assistência à saúde. Como respeito às interfaces éticas que fatalmente permeiam esta modalidade de atenção, encontramos alguns pareceres do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo que esbarram em assuntos pontuais.

Não existe, neste nível conselhal, qualquer resolução que discipline, como um todo, este sistema de atendimento domiciliar.

A Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS), estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de assistência domiciliar no âmbito do SUS.

Embora não tenhamos a pretensão de esgotar o assunto, tentaremos analisar neste parecer todas estas questões sugerindo, ao final, minuta de resolução que venha a disciplinar tal modalidade de atenção.

Para maior facilidade didática procuraremos analisar, um a um, os critérios que devem balizar a assistência domiciliar:

I – Equipes multidisciplinares

A equipe multidisciplinar de assistência deve ser composta, minimamente, pelas seguintes profissões: medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, nutrição e psicologia.

As atribuições concernentes a cada profissional dessas áreas estão definidas em suas respectivas regulamentações, mas cabe destaque para a atuação dos profissionais do serviço social e psicologia.

Aos primeiros, cabe a prévia avaliação das condições sociais do domicílio que irá receber o paciente, e com a formulação de relatório circunstanciado a ser apreciado pela equipe, bem como a viabilização do procedimento. Aos segundos, cabe analisar a condição comportamental dos familiares, estabelecendo, também, em laudo circunstanciado, a condição psicológica dos mesmos.

Os demais profissionais atuarão por demanda médica, segundo as especificidades de cada caso.

II – Responsabilidade profissional

Embora todos os membros atuantes da equipe multiprofissional tenham suas responsabilidades estatuídas em diplomas legais, o médico deve assumir as funções de coordenação da equipe por ser dele a prerrogativa da eleição do paciente a ser contemplado por este sistema, tendo o dever de assumir os riscos de toda a medicação prescrita, procedimentos realizados e feitura do prontuário, além de elaborar, eventualmente, a declaração de óbito ocorrido nesta circunstância.

III – Fiscalização do exercício profissional

Concerne aos Conselhos de Medicina a competência legal no tocante às atividades das empresas/hospitais/médicos que se prestarem a este tipo de assistência.

As empresas devem ser registradas no Conselho de sua jurisdição e ter um responsável técnico, necessariamente médico, na forma da lei.

Os hospitais, por já estarem registrados no Conselho, devem cadastrar esta nova modalidade de assistência, sob a responsabilidade de seu diretor técnico.

O registro ou cadastro deve(m) ser acompanhado(s) pela apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento do sistema.

Necessariamente, este Regimento deve conter um protocolo de visita dos diversos profissionais, bem como o número máximo de atendimento domiciliar por médico, o que, segundo critérios de razoabilidade e em função do benefício do paciente, não poderá exceder a quinze.

Compete também ao Conselho de Medicina, sempre que provocado, a prerrogativa de avaliar, in loco, as condições assistenciais prestadas ao paciente.

IV- Condições mínimas para a assistência domiciliar

O hospital ou empresa responsável pela assistência domiciliar de pacientes deve(m) oferecer aos mesmos a garantia mínima da boa assistência ética.

Esta garantia, mais que objetivando uma boa relação local para a assistência domiciliar e equilíbrio psicológico dos familiares assistentes, deve prever as intercorrências clínicas ou cirúrgicas e agudização ou agravamento do quadro clínico, bem como a ocorrência de alguma outra enfermidade que requeira cuidados imediatos, cuidados de outros especialistas, utilização de medicamentos ou materiais extraordinários e pronta e adequada remoção do paciente.

O sistema de assistência domiciliar não pode prestar-se ao aumento da capacidade de internação de um hospital pelo simples somatório destes leitos domiciliares aos institucionais existentes.

Assim, como garantia mínima, poderíamos relacionar:

- a) ambulância para remoção do paciente, adequadamente equipada para as suas condições clínicas;
- b) cuidados especializados necessários ao paciente internado;
- c) todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e medicamentos porventura necessários;
- d) serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de vagas de retorno do paciente à internação hospitalar, quando necessária.

V – Eleição do paciente

O critério para a eleição do paciente a ser contemplado pelo sistema de assistência domiciliar deve ser obrigatoriamente médico e baseado nas condições clínicas. Para esta indicação faz-se mister que o médico conheça, a partir do relatório do serviço social e da psicologia, as condições ambientais e familiares do destino do paciente, para sua tomada de decisão.

Assim como a eleição, a interrupção ou alta do paciente é também decisão exclusivamente médica.

Poderão ser tratados em regime domiciliar pacientes de todas as faixas etárias, portadores de doenças agudas e crônicas, não obstante a portaria ministerial que legisla no âmbito do SUS limitar tal fato a casos de enfermidades que demandaram internações anteriores pelo mesmo motivo.

Como é critério médico, não é razoável a limitação de tempo mínimo e máximo de sua duração, o que deve ser balizado pela recuperação clínica do paciente.

VI – O médico assistente

Todo paciente internado em unidade hospitalar tem, por força de resolução do Conselho Federal de Medicina, um médico assistente, responsável maior pela condução de seu quadro clínico e referência para todos os eventos aos quais será submetido.

Compete a este médico assistente definir se seu paciente pode submeter-se ao regime de assistência domiciliar, desde que se preenchidos os requisitos anteriormente citados. No caso da viabilização desta modalidade de internação, cabe ao médico assistente a prerrogativa do acompanhamento domiciliar, se este também for o desejo do paciente.

Embora possua esta prerrogativa, o médico assistente não tem, nos termos do artigo 7º do Código de Ética Médica, a obrigatoriedade de prestar serviços profissionais a quem não deseje. Na sua recusa, outro médico poderá acompanhar o paciente em seu domicílio, a partir de laudo médico fornecido, obrigatoriamente, pelo assistente, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

Em nenhum caso, o médico assistente de paciente que optou pelo sistema de assistência domiciliar, mesmo com sua anuência, será co-responsável pela escolha da empresa prestadora do serviço ou de atos de outros médicos daí advindos.

VII – Consentimento informado

É direito inalienável do paciente o consentimento ou desautorização de quaisquer procedimentos ou condutas que interfiram ou afetem sua integridade física ou psíquica. Este consentimento livre e esclarecido deve ser expresso a partir do paciente ou de seu responsável legal, contendo linguagem acessível, abrangente e que contemple todas as perguntas formuladas.

Ressalta-se que este documento é peça imprescindível para que se possa proceder à assistência domiciliar, devendo ser apensado ao prontuário, para quaisquer efeitos posteriores.

Assistência Materno-Infantil

Em nosso estado, centenas de mulheres grávidas morrem a cada ano que passa. E praticamente todas elas (98%) poderiam ser salvas, com atitudes bastante simples de respeito à vida.

Mas essa decisão tem que ser de todos nós. Dos profissionais de saúde, do Governo, das famílias e, especialmente, das gestantes.

Toda mulher grávida deve ir ao médico pelo menos 6 vezes durante a gravidez, acompanhando o desenvolvimento do bebê e a evolução da saúde da mãe. A primeira consulta deve ocorrer antes do 3º mês de gestação.

A futura mãe deve ter orientação para preparar-se para a hora do parto: como respirar, como reconhecer as contrações etc. E, na hora do parto, é necessária a assistência adequada. Parto é coisa natural, mas a gestante não deve ficar exposta a imprevistos.

O parto normal deve ser sempre preferido. A mulher se recupera mais rápido e fica menos exposta a infecção. Cesariana só em último caso. No Brasil se abusa muito dessa cirurgia, de maneira desnecessária e pouco cuidadosa. O resultado é que cesarianas e abortos mal feitos são as principais causas da mortalidade materna.

O parto é um momento precioso e mágico. Está nascendo uma nova vida. Não pode ser um ato duro e mecânico; a mãe e o bebê têm direitos a um ambiente mais humano. (Fonte: http://www.saude.rj.gov.br/guia_sus_cidadao/pg_23.shtml)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 160, DE 25 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na Assistência Materno-Infantil.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O diretor técnico da unidade de saúde prestadora de assistência e cuidados materno-infantis, é obrigado a assegurar aos integrantes da equipe médica a garantia das respectivas prerrogativas profissionais.

Art.2º Deve o diretor técnico velar para que o integrante da equipe multidisciplinar não possa praticar atos para os quais não esteja habilitado, objetivando salvaguardar a saúde materna e perinatal.

Art.3º O diretor técnico deve designar os médicos que terão a responsabilidade de coordenar a assistência ao ciclo grávido-puerperal na unidade.

Art.4º Quando o parto for sem distócia, sua realização, também, poderá ser feita por enfermeiro, nos termos da Lei nº 7.498/96, não cabendo ao médico, neste caso, a elaboração do respectivo relatório.

Art.5º Transformando-se o parto eutócico em distócico cabe ao médico executar pessoalmente todos os procedimentos necessários e a elaboração do relatório.

Art.6º Em toda unidade em que a assistência ao ciclo grávido-puerperal for, também, realizada por enfermeiro, deve o diretor técnico dar amplo conhecimento do fato às pacientes e aos seus familiares, através de placas, cartazes ou outros recursos de comunicação visual.

Art.7º Em todo cartão da gestante e sumário de alta deverá ser identificado o profissional responsável pelo procedimento, no pré-natal e na assistência ao parto.

Art.8º O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará o diretor técnico a responder a processo ético-profissional por violação ao art. 142 do Código de Ética Médica. (...)

Assistência Perinatal

À medida que melhoram as condições de vida e de acesso aos serviços básicos de saúde, o perfil da mortalidade infantil se altera, passando a ter mais importância aspectos ligados à atenção à gestação e ao parto, à mortalidade neonatal. Esta compreende os óbitos de crianças durante os primeiros 28 dias de vida, sendo subdividida em precoce, a que ocorre durante os primeiros sete dias de vida, e a tardia, entre o sétimo e o vigésimo oitavo dias de vida. A mortalidade perinatal é aquela que ocorre entre 22 semanas completas de gestação (154 dias ou 500 gramas) e termina com sete dias completos de vida.

Os principais fatores de risco para a mortalidade neonatal e perinatal são os ligados à saúde da mãe e à qualidade da assistência à gestação. Entre os riscos associados à saúde materna estão: idade materna, intervalo interpartal, altura, paridade, peso anterior e ganho de peso durante a gravidez, aborto, natimortos ou mortes neonatais prévias e doenças maternas. Esses fatores podem causar hipóxia neonatal, baixo peso ao nascer, prematuridade, má-formações congênitas, entre outras.

Os principais grupos de causas de mortalidade infantil no período de 1994 a 1997 foram, em primeiro lugar, as afecções originadas no período perinatal, (prematuridade, septicemia, anóxia e hipóxia, entre outras), totalizando 55% em 1994 e 72,9% em 1997, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório ou pelas anomalias congênitas.

A mortalidade neonatal está associada à qualidade da assistência prestada à mulher durante o pré-natal, parto e com os cuidados imediatos ao recém-nascido. (Fonte: http://www.saude.rj.gov.br/guia_sus_cidadao/pg_23.shtml)

RESOLUÇÃO CREMERJ N° 123, DE 25 DE MARÇO DE 1998

Estabelece critérios mínimos que as Unidades de Saúde devem obedecer para a prestação de Serviços de Assistência Perinatal.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Estabelecer que as Unidades de Saúde prestadoras de Assistência Perinatal devem:

- I - Manter uma equipe mínima de recursos humanos, de rotina e de plantão, respeitando seu grau de complexidade.
- II - Promover treinamento à equipe de saúde, no que se refere à assistência perinatal, através de cursos de reciclagem e especialização.
- III - Assegurar proteção ao profissional segundo as Normas da Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis - SIDA/AIDS.
- IV - Dispor da área física adequada, com equipamento e instrumental mínimo, conforme Normas do Ministério da Saúde, respeitando seu nível de complexidade.
- V - Dispor de exames laboratoriais conforme o seu grau de complexidade.

VI - Assegurar ou manter referência para os exames complementares que se fizerem necessários, conforme indicação clínica.

VII - Assegurar ou referenciar, de acordo com as normas vigentes, a realização do exame sorológico para HIV e sífilis.

VIII - Assegurar ou manter referência para serviço de prevenção de câncer ginecológico e de mama.

IX - Estar capacitadas ou assegurar a realização de exame de triagem de Hipotireoidismo e Fenilcetonúria.

X - Estar capacitadas para a realização da exangüíneo transfusão, quando classificadas nos níveis II e III.

XI - Dispor de medicamentos de rotina conforme o grau de complexidade.

XII - Promover o incentivo ao aleitamento materno.

XIII - Manter bancos de leite humano nos níveis II e III, com coleta, tratamento, armazenamento e distribuição, de acordo com Normas do Ministério da Saúde.

XIV - Garantir os insumos hemoterápicos necessários, com armazenamento adequado, de acordo com Normas do Ministério da Saúde.

XV - Manter um sistema de referência e contra-referência a leitos obstétricos e neonatais.

XVI - Manter alojamento conjunto.

XVII - Assegurar transporte adequado para pacientes de risco.

XVIII - Assegurar atendimento odontológico, de saúde mental, radiológico e ultrassonográfico/obstétrico.

XIX - Manter referência para Serviço de Anatomia Patológica.

XX - Manter o registro e estatística dos atendimentos perinatais utilizando-se o Cartão da Gestante, a História Clínica Perinatal (HCP) e a Declaração de Nascido Vivo (DNV).

XXI - Manter normas de controle pós-parto e assegurar ou referenciar planejamento familiar e manter "follow up" ou referência para puericultura.

XXII - Adequar condições ao atendimento a pacientes portadores de deficiência física.

Art.2º Aprovar as Normas anexas a esta Resolução.

Art.3º Esta Resolução revoga a Resolução CREMERJ nº 46/93, as disposições em contrário e entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO

NORMAS A QUE SE REFERE O ARTIGO 2º DA RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 123/98

As Unidades de Saúde prestadoras de Assistência Perinatal devem dispor de:

NO NÍVEL I:

Atendimento em maternidade risco materno I e risco fetal I com cobertura ininterrupta de 24 horas para atendimentos emergenciais.

A - RECURSOS HUMANOS:

1)equipe médica de assistência à gestante constituída de obstetra e seu auxiliar, anestesiolgista e equipe pediatra;

- 2) enfermeiros, conforme legislação específica;
- 3) auxiliares de enfermagem, conforme legislação específica;
- 4) técnicos de laboratório.

B - RECURSOS MATERIAIS:

1) Sala de Admissão com:

- banheiro com chuveiro, fonte de oxigênio e aspiração, biombo, mesa de exame, escrivaninha, 2 cadeiras, balança de pé tipo adulto, escada de 2 degraus, foco de luz, tensiômetro, estetoscópio de Pinard, estetoscópio clínico, fita métrica inextensível, espéculos vaginais, material mínimo para realização de parto em período expulsivo, material para reanimação (materna e neonatal).

2) Sala de pré-parto com:

- banheiros, fonte de oxigênio e aspiração, camas, cadeiras, maca, mesa auxiliar, relógio de parede com ponteiro de segundos, sonar, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, tensiômetro, termômetro, fita métrica inextensível, amniótomos descartáveis, cuba-rim, comadres.

3) Sala de parto com:

- 1 mesa de parto por sala, mesa de suporte do material e instrumental obstétrico, fonte de oxigênio, fonte de aspiração, relógio de parede com ponteiro de segundos, material completo para técnica de analgesia, estetoscópio, tensiômetro, estetoscópio de Pinard;

- instrumental obstétrico esterilizado (em pacote e unitário para cada parto): tesoura de episiotomia, 2 pinças Kocher retas, 2 pinças de hemostasia (Kelly), 1 agulha curta e 1 longa, tipo raqui-anestésica, 1 porta-agulha, 1 pinça anatômica, 1 tesoura reta, 3 campos quadrados ou retangulares médios, 2 perneiras e compressas, 2 valvas vaginais ou de Doyen, 2 pinças-coração longas;

- 1 conjunto de fórceps de Simpson-Braun;

- sala de curetagem: material para curetagem;

- campos esterilizados à recepção do recém-nascido;

- berço adequadamente aquecido, com fonte de calor radiante, para cuidados iniciais ao recém-nascido;

- instrumental esterilizado para os cuidados iniciais ao recém-nascido: tesoura para secção do cordão umbilical, clamp para ligadura do coto umbilical, pinças de Kocher, laringoscópio com lâminas retas 0 e 1, cânulas endotraqueais para recém-nascido nº 2.5, 3 e 3.5, estéreis, caixa com material para cateterização umbilical, estetoscópio para recém-nascido, tubos para coleta de sangue, escalpes nº 25 e 27, gaze, compressas, soluções anti-sépticas, luvas, material para identificação do recém-nascido, medicamentos (Solução de Glicose a 5 e 10%, Soro Fisiológico, Gluconato de Cálcio a 10%, Solução de Adrenalina de 1 para 1000, Naloxone, Bicarbonato de Sódio 8.4% e Heparina), máscara para recém-nascido, a termo e prematuros, Ambú com reservatório de oxigênio;

- fonte de oxigênio e fonte de aspiração;

- material para aspiração - sondas de material flexível nº 6, 8 e 10, com ponta romba e orifício terminal.

4) Alojamento conjunto em Enfermarias ou Quartos.

5) Unidade de Observação Neonatal:

- fonte de oxigênio, aspiração e ar comprimido, incubadoras, berços com calor radiante, aparelhos de fototerapia, balanças pesa-bebê, capacetes para administração de gases (oxigênio e ar comprimido),

termômetros, material para hidratação venosa.

6) Sala de cirurgia:

- mesa cirúrgica com possibilidade de lateralização e Trendelenburg, foco de luz preso ao teto, fonte de luz auxiliar de emergência, mesa de suporte de material cirúrgico, 1 estetoscópio, 1 tensiômetro, 1 estetoscópio de Pinard, material completo para execução de técnicas de analgesia ou anestesia, fonte de oxigênio, fonte de aspiração, relógio de parede com ponteiro de segundos;

- instrumental obstétrico esterilizado para cada cesárea (em pacotes): 1 pinça Cheron, 2 cubas redondas pequenas, 6 pinças Backhaus, 2 pacotes com 6 compressas cada, 1 bisturi com lâmina grande, 6 pinças de Kelly retas, 6 pinças de Kelly curvas, 2 Kocher retas médias, 1 tesoura de Mayo reta, 1 tesoura de Mayo curva, 1 valva suprapúbica, 6 pinças de Allis, 2 pinças de Kocher longas, 2 porta-agulhas médios, 1 par de Farabeuf, 1 válvula de Doyen, 1 pinça anatômica de tamanho médio, 1 pinça "dente de rato" de tamanho médio, 1 fórceps Simpson à disposição (fora do pacote), 2 pinças coração;

- caixa de laparotomia/histerectomia;

- desfibrilador/cardioversor.

7) Refrigerador exclusivo para medicamentos.

8) Estufa e autoclave para esterilização.

9) Arquivos para prontuário.

C - EXAMES COMPLEMENTARES:

- sangue (grupo sanguíneo, fator Rh, série vermelha, leucograma, glicose, sorologia para Complexo de TORCH, teste Coombs, bilirrubina, exame sorológico para HIV); Urina (EAS); Fezes (parasitológico e oohelmintoscópio); Raios X; fitas para avaliação periférica de glicose.

NO NÍVEL II:

Atendimento em maternidades risco materno II e risco fetal II e III com cobertura ininterrupta de 24 horas para atendimentos emergenciais.

A - RECURSOS HUMANOS:

Todos do nível I e:

- bioquímicos/biólogos/farmacêuticos, nutricionistas, clínicos, patologistas, neonatologistas, radiologistas, de acordo com a legislação específica.

B - RECURSOS MATERIAIS:

Todos os relacionados no nível I, mais:

- cardiocógrafa, Ultra-som portátil, Raios-X portáteis.

Unidade intermediária com:

- balança pesa-bebê, berço de calor radiante com controle automático de temperatura, incubadoras, fonte de ar comprimido e de oxigênio, capacete para administração de oxigênio, ultra-som com transdutor para recém-nascido, monitor de frequência cardíaca, incubadora de transporte, monitor de PA não invasiva, "blender" ou oxímetro de ambiente, termo-umidificador, aparelhos de fototerapia, otoscópio, oftalmoscópio, oxímetro de pulso, bomba de infusão, CPAP nasal, microcentrífuga, bilirrubinômetro e refratômetro.

C - EXAMES COMPLEMENTARES:

Todos os relacionados no nível I e:

- 1) microdosagem, TOTGS (Teste Oral de Tolerância à Glicose Simplificada); Uréia, creatina e ácido úrico; Coagulograma completo; Provas funcionais hepáticas; Gasometria arterial; Kits para glicemia e ionograma (Na, K, Ca e Mg);
- 2) urina - proteinúria e cultura, fita para avaliação de glicose e sangue;
- 3) bacteriologia.

NO NÍVEL III:

Atendimento em maternidades ou unidade hospitalar com risco materno III e risco fetal III com cobertura ininterrupta de 24 horas para atendimentos emergenciais, além de outras especialidades, com recursos para monitorização do parto.

A - RECURSOS HUMANOS:

Todos relacionados no nível II e:

-intensivista; equipe de saúde mental; referência interprofissional de especialidades.

B - RECURSOS MATERIAIS:

Todos os relacionados no nível II e:

-ecógrafo para unidades de perinatologia, Dopplerfluxometria, instrumental para biópsia de vilosidade corial, amniocentese e cordocentese e transfusão intravascular, desfibrilador/cardioversor com pás pediátricas;

UTI neonatal:

Todos os relacionados no nível II e:

- respirador (mínimo de 1(um) para cada dois leitos);
- surfactante pulmonar exógeno;
- nutrição parenteral segundo as normas vigentes.

C - EXAMES COMPLEMENTARES:

Todos os relacionados no nível II.

Assistência Pré-Natal

O Pré-natal consiste em procedimentos simples, mas decisivos para a saúde da mãe e do bebê antes, durante e depois do parto. Um pré-natal eficiente inclui consultas mensais, onde é verificada, por exemplo, a sua pressão arterial, o seu peso, o fundo do útero, seu estado de nutrição, batimentos do coração do bebê, além de exames de rotina. Um pré-natal de qualidade deve diagnosticar e tratar eventuais problemas que possam interferir na evolução saudável da gravidez, do parto e do bebê.

Diante de qualquer problema, é necessária uma avaliação precisa e, se for o caso, a gestante deve ser encaminhada para um serviço que atenda gestação de alto risco. A futura mãe deve ter orientação para preparar-se para a hora do parto: como respirar, como reconhecer as contrações etc. E, na hora do parto, é necessária a assistência adequada. Parto é coisa natural, mas a gestante não deve ficar exposta a imprevistos.

A preparação para o parto também faz parte do pré-natal. Ao aumentar os cuidados com a mãe e o bebê durante a gravidez, diminuimos os riscos do parto e, quando se melhora a qualidade do parto, diminuimos a quantidade de cesáreas (partos cirúrgicos) e o consumo de medicamentos por gestante, que podem acarretar efeitos colaterais indesejáveis.

O parto normal deve ser sempre preferido. A mulher se recupera mais rápido e fica menos exposta à infecção. A cesariana, só com indicação precisa. No Brasil, abusa-se muito dessa cirurgia, de maneira desnecessária e pouco cuidadosa. O resultado é que cesarianas e abortos mal feitos são as principais causas da mortalidade materna.

O parto é um momento precioso e mágico. Está nascendo uma nova vida! (Fonte: http://www.saude.rj.gov.br/guia_sus_cidadao/pg_23.shtml)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 122, DE 25 DE MARÇO DE 1998

Estabelece critérios mínimos que as Unidades de Saúde devem obedecer para a prestação de Serviços de Assistência Pré-Natal.

(...) RESOLVE:

Art.1º Estabelecer que as Unidades de Saúde prestadoras de Serviços de Assistência Pré-Natal devem:

- I- Manter uma equipe mínima de recursos humanos respeitando o grau de complexidade da Unidade.
- II- Propiciar treinamento da Equipe de Saúde, no que se refere à assistência pré-natal, através de cursos de reciclagem e especialização.
- III- Dispor de área física adequada, com equipamento e instrumental mínimo, conforme consta do Manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, respeitando cada nível de complexidade da Unidade.
- IV- Dispor de exames laboratoriais de rotina conforme o grau de complexidade da unidade.
- V- Assegurar ou manter referência para os exames complementares que se fizerem necessários,

conforme a indicação clínica.

VI- Assegurar ou referenciar, de acordo com as normas vigentes, a realização do exame sorológico para HIV e sífilis.

VII - Assegurar ou referenciar atendimento odontológico, de saúde mental, radiológico e ultrassonográfico/obstétrico.

VIII - Manter atendimento de prevenção de câncer ginecológico.

IX - Promover a vacinação anti-tetânica das gestantes.

X - Promover o incentivo ao aleitamento materno.

XI - Manter registro e estatística dos atendimentos ao pré-natal utilizando-se da ficha pré-natal, do cartão da gestante e mapa de registro diário.

XII - Manter sistema de referência e contra-referência entre os diversos níveis de complexidade.

XIII - Manter um sistema de referência a leitos obstétricos.

XIV - Manter normas de controle pós-parto e sistema de referência para planejamento familiar.

XV - Assegurar rotinas de protocolo de acordo com a unidade.

Art.2º Aprovar as Normas anexas a esta Resolução.

ANEXO

NORMAS A QUE SE REFERE O ARTIGO 2º DA RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 122/98

As Unidades de Saúde prestadoras de Assistência Pré-natal devem dispor de:

NO NÍVEL I

Atendimento ambulatorial em horários estabelecidos pela Unidade.

A - RECURSOS HUMANOS:

- 1) auxiliares de enfermagem, conforme legislação específica;
- 2) enfermeiros, conforme legislação específica;
- 3) médicos, segundo Normas do Ministério da Saúde;
- 4) assistentes sociais, de acordo com legislação específica.

B - RECURSOS MATERIAIS:

- 1) consultório com mesa de exame, escrivaninha e duas cadeiras;
- 2) balança de pé tipo adulto;
- 3) fita métrica inextensível;
- 4) estetoscópio;
- 5) tensiômetro;
- 6) estetoscópio de Pinard e Sonar;
- 7) espéculos vaginais;
- 8) material para coleta de material para colpocitologia;
- 9) estufa de autoclave para esterilização;
- 10) arquivos para prontuário.

C - EXAMES COMPLEMENTARES (Disponíveis ou Assegurar):

- 1) sangue - grupo sanguíneo, fator Rh, teste de Coombs, série vermelha, leucograma, glicose, sorologia para complexo de TORCH e exame sorológico para HIV;

- 2) urina - EAS;
- 3) fezes - parasitológico e ovohelminoscópico;
- 4) preventivo de câncer ginecológico.

NO NÍVEL II

Atendimento em maternidades risco materno II e risco fetal II e III com cobertura ininterrupta de 24 horas para atendimentos emergenciais.

A - RECURSOS HUMANOS:

Todos os relacionados no nível I e:

- 1) bioquímicos/biólogos/farmacêuticos e patologistas, conforme legislação específica;
- 2) nutricionistas, conforme legislação específica.

B - RECURSOS MATERIAIS:

Todos os relacionados no nível I e:

- 1) cardiocógrafa;
- 2) ultra-som;
- 3) Raios-X.

C - EXAMES COMPLEMENTARES:

Todos os relacionados no nível I e:

- 1) TOTGS (Teste Oral de Tolerância à Glicose Simplificada) e curva glicêmica;
- 2) uréia, creatinina e ácido úrico;
- 3) Coagulograma completo;
- 4) provas funcionais hepáticas;
- 5) urina - proteinúria e cultura;
- 6) marcadores de hepatite;
- 7) rastreamento hemoglobinopatias;
- 8) bacteriologia.

NO NÍVEL III

Atendimento em maternidades ou unidade hospitalar com risco materno III e risco fetal III com cobertura ininterrupta de 24 horas para atendimentos emergenciais.

A - RECURSOS HUMANOS:

Todos os relacionados no nível II e:

- 1) obstetras com conhecimento em técnicas perinatais complexas;
- 2) outras especialidades da área clínica;
- 3) profissionais da área de saúde mental.

B - RECURSOS MATERIAIS:

Todos os relacionados no nível II e:

- 1) ecógrafo para unidades de perinatologia;
- 2) dopplerfluxometria;
- 3) instrumental para biópsia de vilosidade corial, amniocentese e cordocentese.

C - EXAMES COMPLEMENTARES:

Todos os relacionados no nível II.

Centro de Parto Normal (Casas de Parto)

As casas de parto são locais onde as mulheres dão à luz, acompanhadas da família, sem a presença de médicos, e em espaços que em nada lembram maternidades.

Os CPN (Centros de Parto Normal) foram criados pelo Ministério da Saúde em 1999 e são definidos na portaria 985 como "unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias".

Hoje, há no país 14 casas de parto (ou Centros de Parto Normal, como são chamadas na portaria do Ministério da Saúde que as criou, em 1999). Todas fazem parte do sistema de saúde pública.

De acordo com a portaria que os criou, os Centros de Parto Normal podem ser dirigidos por enfermeiras-obstetras. Alguns, como o de Brasília, têm médicos em seus quadros, mas não é obrigatório.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 201, DE 20 DE OUTUBRO DE 2004

Estabelece e orienta quanto aos procedimentos que o médico deve cumprir em relação ao estabelecimento denominado Centro de Parto Normal (Casas de Parto).

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É vedado ao médico exercer qualquer função nos locais denominados Centros de Parto Normal (Casas de Parto), por não serem os mesmos dotados de infra-estrutura indispensável ao adequado atendimento ao neonato e à gestante, nos termos da Resolução CREMERJ nº 123/98.

Art.2º O médico lotado em Unidade de Saúde notificará por escrito ao Diretor Técnico e, também, à Comissão de Ética Médica ou ao CREMERJ, diretamente, o recebimento de pacientes oriundos dos estabelecimentos citados no artigo 1º desta Resolução, no prazo de 10 (dez) dias.

Art.3º Os Diretores Técnicos das Unidades de Saúde enviarão ao CREMERJ, no prazo de 10 (dez) dias, toda e qualquer documentação referente ao recebimento dos pacientes (guia de internação, prontuário, atestados, laudos e outros) provenientes dos referidos Centros de Parto Normal (Casas de Parto).

Art.4º O médico que transportar paciente oriundo dos locais citados no artigo 1º, notificará a ocorrência, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias, ao CREMERJ, ao Diretor Técnico da Empresa de Transporte e à Comissão de Ética Médica, caso a empresa esteja ligada a uma Unidade de Saúde.

Art.5º O médico, na função de perito, ao atuar em casos de qualquer avaliação médico-legal de paciente oriundo dos locais citados no artigo 1º, notificará ao CREMERJ os eventos e as circunstâncias relativas ao tipo de atendimento realizado pelo não-médico, relacionando-o com o dano ou lesão provocados ou com o eventual mecanismo de óbito. (...)

Notificação de Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes

Para efeitos do Estatuto da Criança e do Adolescente, criança é toda pessoa menor de 12 anos e adolescente aquelas compreendidas entre 12 e 18 anos de idade. Crianças e adolescentes são considerados “pessoas em desenvolvimento” e, por isso, têm todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, previstos na Constituição Federal e também nos tratados e convenções internacionais.

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1970, como uma das principais causas de morbi-mortalidade, despertando, no setor saúde, uma grande preocupação com essa temática que, progressivamente, deixa de ser considerada um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública.

Atualmente observam-se alguns avanços na área da saúde, educação e segurança pública, o que provavelmente desencadeará novos processos e possibilidades de ações. No ano de 2000, o governador do Estado de São Paulo criou e promulgou a Lei nº 10.498, de 5 de janeiro de 2000, que dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação dos casos em que haja suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente para os estabelecimentos de Educação, Saúde e Segurança Pública. Em consonância com esta determinação, o Ministério da Saúde publicou, no *Diário Oficial da União*, a Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, que estabelece a obrigatoriedade da Notificação Compulsória para os Profissionais dos Estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), criando a Ficha de Notificação Compulsória de Maus-Tratos Contra Criança e Adolescente, fundamentadas nos artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente.

Em julho de 1999, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro tornou obrigatória a notificação compulsória, dos casos suspeitos ou confirmados, de maus-tratos contra crianças, adolescentes e portadores de deficiência até 21 anos, atendidos pelo Setor Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Após 3 anos de notificação, foram registrados aproximadamente 3000 casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, na maioria em crianças menores de 10 anos, sendo 13% do total ocorrendo em crianças menores de 1 ano. Os tipos mais freqüentes e os responsáveis pela agressão notificada foram: negligência cometida pela mãe, maus-tratos físicos, abuso sexual e abuso psicológico cometidos pelo pai.

Estas violências afetam seriamente a saúde das crianças e dos adolescentes, tendo grande interferência no comportamento destes jovens na fase adulta.

Como desdobramento da análise das notificações, foi implantado o Comitê Técnico Interinstitucional e Intersetorial de Acompanhamento das Ações Municipais sobre a notificação de maus-tratos. O comitê auxilia tecnicamente as Secretarias Municipais de Saúde a orientar seus profissionais quanto ao atendimento, encaminhamento, acompanhamento e notificação dos casos de maus-tratos.

Essas ações federais e estaduais são instrumentos fundamentais para o processo de

conhecimento e visibilidade desse problema nos municípios, Estados e país, colaborando com trabalhos de pesquisa e, conseqüentemente, proporcionando melhoria na qualidade dos programas de intervenção.

Para maiores informações entre em contato com a Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência - Rua México, 128 - 4º andar, Rio de Janeiro - Tel.: (0xx21) 2240-1755, fax: (0xx21) 2220-0611 - e-mail: previola@saude.rj.gov.br ou com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de sua residência. www.saude.rj.gov.br/Guia_sus_cidadao/pg_45.shtml

A notificação de maus-tratos e abuso sexual contra criança e adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente, a Portaria nº 1.968 GM do Ministério da Saúde, a Resolução nº 1.354 da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro determinam que a notificação de maus-tratos é obrigatória por parte dos profissionais de saúde.

Notificar é cuidar, é promover saúde, é cidadania. Mais que uma lei a ser cumprida, um dever.

Todas as crianças e adolescentes têm direito à proteção. Para que esse direito seja exercido de forma eficaz, é preciso que se conheça alguns tipos de maus-tratos:

Negligência - É o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente, que apesar de informado e ter condições, intencionalmente deixa de prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento.

Sevícias Físicas (abuso físico) - É o uso de força praticado por pais ou responsáveis, como o objetivo, evidente ou não, de ferir e lesar a criança ou o adolescente, deixando ou não marcas da agressão.

Abuso Sexual - Abuso de poder através do qual uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto, ou adolescente mais velho, sendo induzida ou forçada a práticas de cunho sexual, com ou sem violência. Algumas formas de abuso sexual: carícias e manipulação dos órgãos genitais, masturbação, voyeurismo, estupro, penetração anal, prostituição infantil, pornografia.

Abuso Psicológico - Dizer, fazer ou exigir algo a criança e/ou adolescente, de modo sistemático que cause danos conscientes a sua auto-estima e/ou estrutura emocional em formação.

Os objetivos da notificação são:

- Minimizar ou cessar a violência;
- Prover informações epidemiológicas ao atendimento, bem como, a criança e/ou adolescente e a caracterização dos maus-tratos.

A notificação se presta também como um instrumento de promoção de saúde porque:

- Resgata o sentido de cidadania da criança e do adolescente preconizado pela doutrina de proteção integral do ECA, proporcionando condições para que ocorra justiça social;
- Resgata o sentido de saúde, garantindo o bem estar físico, social e emocional da criança e/ou adolescente e sua família;

- Promove a intersetorialidade ao estabelecer parcerias dentro do setor saúde e com outras instituições, fortalecendo a rede de apoio social;
- Subsídia a formulação de políticas públicas saudáveis;
- Confirma a violência como uma questão de saúde;
- Confirma o papel do profissional de saúde na abordagem da violência: promoção de ambientes seguros e relações saudáveis, bem como, prevenção e tratamento;
- É um instrumento educativo ao profissional que lida com a proteção da criança e/ou adolescente;
- Identifica as fragilidades e potencialidades dos serviços;
- É um instrumento educativo para população, levando a mobilização da sociedade;
- Promove a paz no mundo, visto que a violência urbana também começa em casa.

Aspectos legais da notificação compulsória de maus-tratos contra criança e adolescente

LEI Nº 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Título II - Dos Direitos Fundamentais

Capítulo I – Do Direito à Vida e à Saúde

“Art. 13 - Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade sem prejuízo de outras providências legais”.

Título VII – Dos Crimes e Das Infrações Administrativas

Capítulo II – Das Infrações Administrativas

“Art. 245 - Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”.

PORTARIA GM/MS Nº 1.968, DE 25 DE OUTUBRO DE 2001

Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

Art.1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde – SUS deverão comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por eles atendidos.

Art.2º Definir que a comunicação de que trata o Artigo 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo desta Portaria, observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento.

Parágrafo único - O formulário objeto deste Artigo deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço.

LEI Nº 4.725, DE 15 DE MARÇO DE 2006

Autoriza o Poder Executivo a criar obrigação de Notificação Compulsória, nos casos de Violência Contra Criança e Adolescente, quando atendidos nos serviços de saúde públicos e privados do Estado do Rio de Janeiro.

Art.1º Fica autorizado o Poder Executivo a criar a obrigação de notificação compulsória à autoridade policial, nos casos de violência contra a criança e o adolescente, quando atendidas pelos serviços de saúde públicos e privados do Estado do Rio de Janeiro.

Art.2º A violência contra a criança e o adolescente estará caracterizada quando a ação ou omissão do agente ou do omitente resultar em morte, lesão corporal, sofrimento físico, sexual ou psicológico.

Art.3º A aplicabilidade do disposto nesta Lei não excluirá a aplicação de outras medidas de proteção e preservação dos direitos da criança e do adolescente.

Art.4º A notificação compulsória deverá ser realizada em formulário próprio, devidamente atestado por profissional dotado de competência técnica e profissão regulamentada pelos órgãos públicos competentes.

Art.5º A notificação compulsória, nos termos desta Lei, deverá ser feita sob sigilo, vedada a consulta, extração de cópia e informação para terceiros.

Art.6º O não cumprimento do disposto nesta Lei sujeitará as unidades de saúde públicas e privadas do Estado, e solidariamente seus respectivos agentes, às sanções administrativas e legais previstas em Lei. (...)

RESOLUÇÃO SES Nº 1.354, DE 09 DE JULHO DE 1999

Determina a obrigatoriedade de Notificação Compulsória de Maus-Tratos.

Art.1º Determinar a obrigatoriedade de Notificação Compulsória de Maus-Tratos em crianças e adolescentes até 18 anos incompletos e em portadores de deficiência.

Art. 2º Implantar a ficha de Notificação Compulsória de Maus-Tratos. (...)

PARECER CREMERJ Nº 76, DE 29 DE JANEIRO DE 1999

Conduta a ser tomada por profissional médico que toma ciência de maus-tratos praticados contra menor.

EMENTA: Conclui que o médico tem o dever legal de comunicar à autoridade competente casos de maus-tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes, ainda que haja apenas suspeitas. Afirma, também, que à comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando, assim, violação do segredo profissional.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. F. G. de A. F., Promotor de Justiça, o qual solicita do CREMERJ esclarecimentos acerca da posição a ser tomada por profissional médico que toma ciência de maus-tratos praticados contra menor.

PARECER: O Código de Ética Médica diz textualmente, artigo 102, que é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. O artigo 103 refere-se ao menor de idade e a proibição vale, inclusive, para seus pais ou responsáveis, mas faz duas ressalvas: o sigilo pode não ser mantido caso o menor não tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, ou se a não revelação puder acarretar danos ao paciente. Dois outros textos legais são importantes para clarificar a questão. O Código Penal Brasileiro, em seu artigo 154, atribui pena de detenção ou multa a quem revela, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Por sua vez, a Lei nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente -, em seu artigo 245, apenas o médico que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, de que tenha conhecimento, ainda que haja simples suspeita.

O consulente refere-se à síndrome da criança espancada, a abusos sexuais e a maus-tratos, mas para os fins deste parecer podemos reduzir a primeira expressão (síndrome da criança espancada) ao último termo (maus-tratos). O Código Penal refere-se ao assunto em três momentos. O artigo 132 fala em expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto ou iminente; o artigo 136 reitera a exposição da vida ou da saúde a perigo, mas especifica mais falando em privação de alimentação ou de cuidados indispensáveis, sujeição a trabalho excessivo ou inadequado e abuso de meios de correção ou disciplina. O artigo se aplica tipicamente a quem esteja sob guarda ou vigilância do infrator para fins de educação, ensino, tratamento ou custódia e a pena é agravada se o crime for praticado contra menor de 14 anos. A expressão abuso sexual não é usada pelo Código Penal que fala nos crimes de estupro (artigo 213) e atentado violento ao pudor (artigo 214). Em ambas situações, as penas são diferentes se o ofendido for menor de 14 anos.

Os crimes de sedução (artigo 217) e de corrupção de menores (artigo 218) ainda constam no Código Penal, mas são hoje de difícil tipificação pois só se referem a pessoas maiores de 14 anos e menores de 18 anos e falam em conjunção carnal com mulher virgem aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança e prática ou indução à prática ou a presença em atos de libidinagem.

O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe apenas sobre maus-tratos e nada diz sobre "abuso sexual", uma vez que remete a matéria ao Código Penal, como vimos. Podemos considerar, no entanto, que para fins específicos de comunicação à autoridade competente, "abuso sexual" - estupro, atentado violento ao pudor, sedução e corrupção de menores - possa ser equiparado aos maus-tratos.

Do entendimento combinado do Código de Ética Médica com os dispositivos legais acima citados, podemos concluir:

1º - o médico tem o dever legal de comunicar à autoridade competente casos de maus-tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes, ainda que haja apenas suspeita;

2º - se o médico assim não proceder, comete infração administrativa sujeitando-se à pena de multa;

3º - portanto, a comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando assim violação do segredo profissional;

4º - ainda que se entenda que "abuso sexual" não esteja compreendido na expressão legal "maus-tratos" (Lei 8.069/90), pode-se invocar para a comunicação à autoridade competente que o menor não

tinha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo ou que haveria danos para si com a não revelação do segredo (artigo 103 do Código de Ética). Isto se aplicaria em especial aos menores de 14 anos. Portanto, a comunicação à autoridade competente, neste caso, também não configura violação do Código de Ética Médica. É o nosso parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 154, DE 02 DE FEVEREIRO DE 2004

Questões relativas a atendimento médico particular a menor de idade.

EMENTA: Expõe ser preferível que o atendimento seja efetuado com a presença dos pais e/ou responsável, quando o menor adolescente não tiver ainda, o discernimento ideal para avaliar o mesmo. Fica a critério do médico, especialmente, ao considerar o motivo e o teor da consulta, a avaliação sobre a imprescindibilidade ou não da presença dos pais ou responsáveis.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual informa ter atendido em seu consultório um menor de idade, com 15 anos, em uma consulta particular. Diz que o paciente marcou a entrevista com 30 dias de antecedência e que, no dia anterior à consulta, esta foi confirmada por telefone com alguém da residência do menor. Expõe que o paciente compareceu desacompanhado dos responsáveis e que pagou a consulta. Pondera ter partido do pressuposto de que os pais e/ou responsáveis tinham conhecimento do ato praticado pelo filho, visto que é menor, não trabalha e, portanto, o pagamento da consulta foi feito com anuência dos mesmos. Faz, então, as seguintes indagações ao CREMERJ.

"Cometi alguma infração ética ou de qualquer outro tipo que possa comprometer minha conduta profissional? Levando em consideração o exposto (ser menor, não trabalhar etc.) eu teria a obrigação legal e ética de somente o atender na presença dos pais?"

PARECER: Em resposta à Consulta feita, a Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ entende nada haver no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Código de Ética Médica que impeça o atendimento.

O Estatuto da Criança e do Adolescente reza :

"Art. 17 O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideais e crenças, dos espaços e objetos pessoais."

"Art.18 É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante vexatório ou constrangedor."

O Código de Ética Médica em seu artigo 103, dispõe:

É vedado ao médico:

"Art.103 Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente."

Embora seja muito difícil estabelecer o grau de entendimento e responsabilidade em relação à idade do menor adolescente, conviria fosse prestada especial atenção no que diz respeito aos menores de 14 anos, pois estes em sua grande maioria, não têm ainda o discernimento ideal e seria nesses casos sempre vantajoso o acompanhamento do menor pelos pais ou responsáveis. É o parecer, s.m.j.

O Estudante de Medicina

Durante a faculdade, os estudantes estão cheios de expectativas, sonhos e ávidos por entrar no mercado de trabalho e realizar tudo o que foi aprendido nos bancos acadêmicos. Ao mesmo tempo, a falta de experiência e a insegurança podem atrapalhar os primeiros anos de vida profissional. Ler muito e participar de congressos e concursos são boas formas de atualizar-se e ter contato com pessoas da área.

Aquele que optar por ser médico, antes aceita os preceitos éticos e morais que norteiam esta profissão e assume compromisso com a saúde da população, sem preconceitos.

No Estudo da Medicina consta a prática, que também prepara o acadêmico para o exercício futuro de sua profissão. Esta atividade prática, deverá ser sempre supervisionada por médicos habilitados.

Esta atividade prática supervisionada só pode beneficiar ao doente e ao estudante que tem nela o meio natural de se preparar para o exercício de sua futura profissão.

RESOLUÇÃO CFM Nº 663, DE 28 DE FEVEREIRO DE 1975

Determina que os médicos mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina no trato com os doentes.

(...) **RESOLVE:**

- 1- Determinar aos médicos que mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina, no trato com os doentes.
- 2- Determinar aos médicos que nessa supervisão procurem sempre fazer conhecidas dos estudantes de medicina, todas as implicações éticas dos diferentes procedimentos e das diferentes situações, encontradas no trato dos doentes.
- 3- Determinar aos médicos que procurem fazer conhecidas dos estudantes de medicina sob sua supervisão, as altas responsabilidades sociais da medicina e dos médicos em particular. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.650, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2002

Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É vedado aos membros dos Corpos Clínicos dos estabelecimentos de assistência médica participar da execução, direta ou indireta, de convênios ou quaisquer outros termos obrigacionais, para a realização de estágios ou internatos, destinados a alunos oriundos de faculdades/cursos de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas.

Parágrafo único - Excetua-se do mandamento disposto no caput do artigo os membros dos Corpos Clínicos de hospitais universitários, quando da vigência de acordo oficial celebrado entre as

universidades.

Art.2º A responsabilidade pela observância desta norma cabe solidariamente aos diretores clínico e técnico das instituições.

Art.3º A realização de estágio ou internato do curso de Medicina por alunos de faculdades de Medicina estrangeiras não dispensa a posterior convalidação do diploma por universidade pública, nos termos da lei. (...)

PARECER CFM Nº 21, DE 08 DE FEVEREIRO DE 1996

Os Diretores Clínicos e/ou Diretores Técnicos das instituições prestadoras de serviços médicos são responsáveis por problemas decorrentes da atuação dos acadêmicos, caso inexista programa de estágio nas mesmas, podendo, inclusive, incorrer em ato ilícito, conforme preceituam os arts. 30 e 38 do C.E.M. (...)

PARECER CFM Nº 13, DE 09 DE ABRIL DE 1997

A responsabilidade pelo ato médico praticado pelo interno do curso de medicina cabe exclusivamente ao médico preceptor.

CONSULTA: (...)solicita esclarecimentos quanto ao internato rural inserido no curso médico da referida faculdade.

As indagações feitas pela acadêmica são:

"-O que existe de legislação sobre o assunto?

-Quais as responsabilidades legais do acadêmico, do ponto de vista do atendimento médico?

-Uma vez que o preceptor não está presente todos os dias com o aluno nas consultas, não seria isto enquadrado como exercício ilegal da medicina?

-Até que ponto a Faculdade é responsável pelos meus atos?

-Quem se responsabiliza pela minha integridade física e danos pessoais?"

PARECER: Conhecidos os itens das indagações solicitadas pela estudante de medicina (...), entendemos, a princípio, que a referida acadêmica se contrapõe a esta modalidade de treinamento do curso médico, mesmo que reconheçamos sua procedente preocupação em relação à prática do ensinamento proposto, principalmente se o mesmo não oferecer os cuidados necessários a um bom atendimento médico à população-alvo e não ajudar no aprendizado do futuro profissional de medicina.

Respondendo os esclarecimentos e seguindo a ordem das indagações, temos a informar:

1- O treinamento do estudante de medicina, especificamente na fase de internato, tem suas normas regulamentadas pelo Ministério da Educação (...);

2- O estudante de medicina não tem qualquer responsabilidade legal na realização do atendimento médico feito sob supervisão de médico, o qual, responde pelo referido atendimento;

3- O atendimento médico realizado por pessoa não habilitada e não registrada no Conselho Regional de Medicina caracteriza exercício ilegal da medicina;

4- A faculdade é responsável pelas ações que atribuir aos seus alunos, devendo oferecer aos mesmos as condições necessárias para o aprendizado, como, por exemplo, no caso da prática médica realizada por internos do curso médico, a ser feita com supervisão direta de profissionais médicos;

5- Quanto à pergunta relacionada a quem atribuir responsabilidade por danos pessoais, incluindo a integridade física da solicitante (...), acredito ser desnecessário definir, na medida em que as situações

que levariam a esta condição possam ser evitadas pelas corretas ações adotadas para efetivação do treinamento proposto.

CONCLUSÃO: 1- A modalidade de treinamento do curso médico, na forma de internato rural, é legal e vem sendo utilizada em algumas escolas médicas do país. 2- O treinamento do estudante de medicina, em qualquer etapa de internato, tem que ser feito sob direta supervisão médica, cujo preceptor responderá pelo ato médico praticado. Este é o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 158, DE 25 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre os requisitos a serem atendidos pelas unidades de saúde que oferecem estágio aos estudantes de Medicina, cria a figura do médico acompanhador.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Os estabelecimentos de saúde que desejem receber alunos de Medicina para estágio, deverão estar cadastrados no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro para esta finalidade.

§1º A inscrição no cadastro efetivar-se-á após aprovação pela Comissão de Ensino Médico.

§2º No documento de cadastramento serão especificadas as especialidades médicas do campo de estágio a serem oferecidos, bem como a descrição das atividades a serem exercidas pelos alunos.

Art.2º Os médicos responsáveis pelo acompanhamento dos estagiários terão a denominação de acompanhadores, sendo indispensável a sua presença permanente nos locais das atividades.

§1º A relação dos médicos acompanhadores será informada no ato do cadastramento do estabelecimento de saúde.

§2º O médico acompanhador deverá apresentar declaração de ciência e aceitação da função.

§3º O médico acompanhador só poderá ter sob sua responsabilidade até o máximo de dois estagiários.

Art.3º O médico acompanhador será o responsável ético-disciplinar pelos atendimentos realizados.

Parágrafo único - A responsabilidade estabelecida no caput, também, será considerada nos casos de atos que os estagiários pratiquem sem o devido acompanhamento, desde que o acompanhador tenha deles conhecimento.

Art.4º Somente poderão ser admitidos como estagiários os alunos das Faculdades de Medicina que tenham os seus cursos, devidamente, reconhecidos pela legislação em vigor.

Art.5º Os estabelecimentos de saúde deverão exigir dos candidatos a estágio a apresentação de documento da Faculdade de Medicina atestando sua matrícula, juntamente com a cópia do histórico escolar.

Parágrafo único - Durante o estágio deverão ser semestralmente atualizados os documentos referidos no caput.

Art.6º Serão de responsabilidade solidária do Diretor Médico do estabelecimento de saúde, do médico acompanhador e, ainda, de qualquer médico que tenha ciência dos fatos e não os comunique formalmente ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, o oferecimento ou a realização de estágio que contrariem as normas desta Resolução. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 165, DE 24 DE JANEIRO DE 2001

Normatiza a Resolução nº 158/00 e determina o prazo para regularização das atividades dos estabelecimentos de saúde que oferecem estágios aos estudantes de Medicina.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar o impresso de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde para Estágio de Estudantes de Medicina (CESTEM), anexo desta Resolução.

Art.2º Aprovar o impresso Relação de Estudantes de Medicina em Regime de Estágio (RESTEM), anexo 2 desta Resolução.

Art.3º As alterações relativas a término e início de estágios de estudantes deverão ser sempre comunicadas ao CREMERJ através de atualização da RESTEM.

Art.4º Aprovar o impresso Declaração de Aceitação do Médico Acompanhador de Estágio de Estudantes de Medicina (DESTEM), anexo 3 desta Resolução.

Art.5º O médico que interromper sua atividade de acompanhador em um estabelecimento de saúde, deverá solicitar o cancelamento de seu cadastramento como acompanhador ao CREMERJ.

Parágrafo único - A cessação de responsabilidade do médico acompanhador só ocorre após a efetivação do cancelamento. (...)

PARECER CREMERJ Nº 70, DE 21 DE OUTUBRO DE 1998

Competência do CREMERJ para interferir em decisões relativas à concessão de estágios curricular e extracurricular.

EMENTA: Afirma que qualquer modalidade de estágio curricular é da competência da escola médica, enquanto o estágio extracurricular é da alçada da instituição que o oferece. Esclarece, ainda, que em benefício da promoção da qualidade da educação médica poderá o CREMERJ interferir no caso de inobservância de aspectos éticos inerentes ao processo de ensino.

CONSULTA: Possibilidade de o CREMERJ indicar o período do curso de graduação em Medicina no qual os alunos estão aptos para realizar estágio curricular e estágio extracurricular.

PARECER: O estágio é um procedimento didático que permite o contato direto do estudante com uma atividade real, com vistas à aquisição de experiência, aperfeiçoando conhecimentos, habilidades e atitudes, e, ainda, à comprovação da aptidão para o exercício profissional.

Como tal, a escola médica pode utilizar o estágio, objetivando a aplicação de conhecimentos e habilidades previamente adquiridos, em períodos do ciclo clínico, ou do ciclo básico do curso de graduação, de acordo com as estratégias educacionais por ela selecionadas para a formação do médico.

No caso específico do Curso Médico, cabe lembrar que a denominação estágio curricular é utilizada como sinônimo de internato, isto é, a última etapa do curso médico "em que o estudante deve receber treinamento prático intensivo, livre de cargas disciplinares acadêmicas, em hospitais de ensino, ou em instituições de prestação de serviço médico, de modo a assumir, progressivamente, a responsabilidade do tratamento de pacientes, sob supervisão docente contínua". A duração do estágio curricular ou internato é, no mínimo, de 1 ano, podendo estender-se até 2 anos.

Em ambos os casos, portanto, a responsabilidade pelo estágio é da escola médica. Esta responsabilidade pode ser compartilhada com uma instituição de prestação de serviços, a juízo da própria

escola.

Como estágio extracurricular, deve-se entender aquele realizado por iniciativa do próprio aluno, sem prejuízo das atividades curriculares. Cabe à instituição que oferece o estágio a decisão relativa ao seu programa, inclusive as que dizem respeito aos conhecimentos e às habilidades prévias a serem exigidos dos alunos.

Vale aqui salientar que alunos de um mesmo período de curso, originários de diferentes escolas, não têm, necessariamente, o mesmo grau de conhecimento, porque os currículos plenos dos cursos de graduação podem variar de escola para escola.

Em resumo: qualquer modalidade de estágio curricular é da competência da escola médica, enquanto o estágio extracurricular é da alçada da instituição que o oferece. Em benefício da promoção da qualidade da educação médica, poderá o CREMERJ interferir no caso de inobservância de aspectos éticos inerentes ao processo de ensino, a exemplo da utilização do aluno como simples mão-de-obra, do exercício de atividades para as quais o aluno não tem suficiente preparo, da falta de condições favoráveis ao exercício dessas atividades e da ausência de supervisão do aluno. (...)

PARECER CREMERJ Nº 74, DE 13 DE JANEIRO DE 1999

Questões relativas às atividades e responsabilidades do aluno do último ano do curso de graduação de Medicina.

EMENTA: Expõe que o aluno do internato pode fazer o atendimento clínico do paciente. Observa, no entanto, que da parte daquele não existe ainda a responsabilidade pessoal pelo atendimento e que esta recai, obrigatoriamente, sobre o Supervisor. Esclarece que, quanto à transferência de paciente em ambulância para outro hospital onde haja CTI, Unidade Coronariana ou Serviço de Cirurgia, o acompanhamento só deverá ser feito por médico.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. W.M. de F., o qual questiona se é lícita a prática do atendimento clínico, em enfermaria ou ambulatório, por aluno do último ano do curso de graduação de Medicina e se pode o aluno, cursando o Internato, acompanhar pacientes em ambulância do Hospital Escola de sua Faculdade com o objetivo de participar de procedimento não disponível no Hospital de origem.

PARECER: O Dr. W.M. de F., do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, pergunta e pede parecer ao CREMERJ sobre a atuação de alunos que estejam fazendo Internato sob Supervisão daquele Hospital, em nível de enfermaria e de ambulatório, notadamente se poderiam fazer o atendimento clínico dos pacientes.

A resposta é sim, implicando aí, no entanto, que de parte dos mesmos não existe ainda responsabilidade pessoal do atendimento. Esta recai, obrigatoriamente, sobre o Supervisor. A este cabe, portanto, distinguir quando e como pode o doutorando participar do atendimento, pois, em verdade, o que está sendo feito com o mesmo é uma preparação de como este poderá e deverá lidar no atendimento meses depois, já como médico, ao atender sob sua responsabilidade pessoal.

Em relação ao acompanhamento em ambulância, se é para fins de execução de exames complementares, em que o quadro do paciente já estabilizado não apresenta risco na execução do exame em outra Unidade, e sob a responsabilidade do Supervisor, o aluno pode, a nosso ver, fazer o acompanhamento, o que é completamente diferente da transferência em ambulância para outro Hospital, onde haja CTI, Unidade Coronariana ou Serviço de Cirurgia, pois, nestes casos, o acompanhamento só deverá ser feito por médico.

O Médico Residente

A Residência Médica foi criada pelas mãos de cirurgião norte americano, mudando o rumo da formação profissional. Halsted observou que o treinamento médico feito de forma aleatória à custa de ensaios e erros, a duras penas para os pacientes não podia oferecer bom resultado, além do que as oportunidades de formação eram desiguais. Observou também, que o momento de interferir era no fim do curso de graduação, e que o preparo do médico deveria ser de modo intenso, sob supervisão constante.

Assim nasceu a Residência Médica. Ela consegue, em período curto, transmitir a experiência de uma década. Preserva-se com isto, a vida do paciente, visto que os procedimentos clínicos e cirúrgicos serão feitos sob às orientações do preceptor.

A Residência Médica constitui a mais perfeita modalidade de aperfeiçoamento e especialização em Medicina, imprimindo na formação inicial dos docentes e pesquisadores os mais elevados padrões de excelência. Razão pela qual, tem exercido papel fundamental na organização e qualificação da assistência à Saúde dentro das instituições em que foi implantada. O alto nível de formação médica, é pautado pela participação da Residência Médica, de tal modo que, torna-se difícil encontrar hospitais de maior porte, prestando atendimento de bom padrão que não tenham Programas de Residência Médica.

No Brasil, no final da década de 40 no HC da USP, foram criados os primeiros Programas de Residência Médica com turmas pequenas, que iam sendo absorvidas pelo mercado. Nos quase cinco decênios de evolução da Residência Médica em nosso país, foram criados Programas de Residência Médica que se desenvolveram e funcionam guardando sempre o padrão de elevada qualificação. Neste mesmo período, as necessidades sociais do país modificaram-se radicalmente assim como as condições de assistência médica, e da formação do profissional e de sua utilização no mercado de trabalho.

As distorções ocasionadas pela proliferação de programas, em virtude da ausência de normas e diretrizes básicas para o funcionamento da Residência Médica foram sendo corrigidas e melhoradas pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM - órgão criado pelo Decreto nº 80.281, de 05/09/77, definindo-a como: modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitária ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (...). A Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, mantém a definição e dispõe sobre as atividades do médico residente.

À CNRM compete, promover, divulgar estudos sobre a Residência Médica e adotar e propor medidas visando a sua adequação ao Sistema Nacional de Saúde, qualificação, consolidação e expansão dos seus programas, melhoria das condições Educacionais e Profissionais do Médico Residente e, a sua articulação com o internato e outras formas de Pós-Graduação. Portanto, a Residência Médica tornou-se necessidade imprescindível na formação do médico, sendo pré-requisito

para qualquer atividade que se queira exercer.

Em 1997 - com a finalidade de descentralizar os trabalhos da CNRM, mantendo contato permanente com os programas dos estados, prestando assessoria pedagógica no desenvolvimento, bem como, acompanhando os processos de credenciamento dos mesmos, foram criadas as Comissões Estaduais de Residência Médica estimulando a instalação de PRM nas áreas ou especialidades prioritárias para o Estado, e funcionando como consultores dos programas. (Artigo escrito por: Dra. Lorimilda Diniz Gualberto, Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica)

A expressão “Residência Médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao Médico Residente o título de especialista. (www.mec.gov.br).

LEI Nº 6.932, DE 07 DE JULHO DE 1981

Dispõe sobre as atividades do médico residente.

Legislação Correlata:

LEI Nº 10.405, DE 9 DE JANEIRO DE 2002

LEI Nº 8.138, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

LEI Nº 8.725, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1993 - Retificação

LEI Nº 7.601, DE 15 DE MAIO DE 1987

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§1º As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer Programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§2º É vedado o uso da expressão “Residência Médica” para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art.2º Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art.3º O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

- a) a qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa;
- b) o nome da instituição responsável pelo programa;
- c) a data de início e a prevista para o término da residência;
- d) o valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Art.4º Ao médico residente será assegurada bolsa no valor correspondente a 85% (oitenta e cinco por

cento) do vencimento básico fixado para os cargos de nível superior posicionados no padrão I da classe A do Anexo da Lei nº 10.302, de 31 de outubro de 2001, em regime de 40 (quarenta) horas semanais, acrescido de adicional no percentual de 112,09% (cento e doze vírgula zero nove por cento), por regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais. (*caput* do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, alterado pela Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002).

§1º As instituições de saúde responsáveis por Programas de Residência Médica oferecerão aos residentes alimentação e alojamento no decorrer do período da residência.

§2º Ao médico residente, inscrito na Previdência Social na forma deste artigo, serão assegurados todos os direitos previstos na Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, bem como os decorrentes do seguro de acidentes do trabalho.

§3º À Médica residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do art. 7º desta Lei.

Art.5º Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte quatro) horas de plantão.

§1º O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§2º Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% num máximo de 20% de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art.6º Os Programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Art.7º A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão. (...)

PARECER CFM Nº 03, DE 16 DE JANEIRO DE 1992

Responsabilidade ética do médico residente por atos médicos realizados.

Consulta-nos o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais que, provocado pelo Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG, Prof. Renato Monteiro Vieira Braga, indaga sobre a responsabilidade ética de Médicos Residentes e Preceptores quando da realização de atos médicos inerentes ao programa de treinamento dos diversos programas de Residência Médica.

Naquela oportunidade, as questões levantadas foram:

- 1- O Médico Residente no desempenho específico de sua função de residente é eticamente responsável pelos seus atos médicos cometidos?
- 2- A presença ou não do médico preceptor, ao seu lado, pode ou deve ser levada em consideração para definir ou não a responsabilidade de um ou de outro (residente e preceptor), perante o ato eventualmente discutido?
- 3- O registro do Médico Residente num Conselho Regional de Medicina transfere ou ampara ao mesmo

Médico Residente, enquanto Médico Residente e no comprovado desempenho de sua atividade dentro do Programa de Residência, a responsabilidade ética pelas conseqüências de seus atos de Médico Residente?

Sobre o assunto, João Carlos de Lima, Assessor Jurídico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, apresentou parecer fundamentado durante a 1.394ª Reunião Plenária daquele Regional, realizada em 28/05/90, o qual adotamos como parte substancial deste parecer. Assim se pronunciou o citado jurista:

"A consulta acha-se fundamentada nas recentes organizações que tentam responsabilizar, juridicamente, profissionais que venham a incidir em erros médicos.

Preliminarmente, é de se esclarecer que nos termos do artigo 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Com efeito, o médico ao se inscrever no Conselho Regional de Medicina adquire a prerrogativa de exercer a profissão, visto que a exigência "*sine qua non*" está satisfeita.

Em que pese a preocupação do consulente, temos que a Residência Médica, conforme dispõe o artigo 1º da Lei nº 6.932, de 07.07.81, é uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitários ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Do texto legal, podemos extrair tópicos visando estabelecer parâmetros de atuação do médico residente.

1- Assim, em primeiro plano a Residência Médica é definida como modalidade de ensino de pós-graduação.

A pós-graduação, "*latu sensu*", é o complemento da aprendizagem, onde o Residente vai ter o contato direto com o paciente, colocando em prática a teoria obtida nos bancos acadêmicos.

Configura-se, pois, a prática médica, onde o Residente aprimora as habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões.

2- O segundo tópico é a caracterização da Residência Médica por treinamento em serviço.

É evidente que em se tratando de aprimoramento, o médico residente ao desempenhar suas atividades tem sobre si a responsabilidade pelos atos que pratica. Neste sentido, o Residente é avaliado acerca dos conhecimentos e habilidades, recebendo supervisão do treinamento.

3- Por último, o texto menciona a responsabilidade de instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

O Médico Residente apesar de toda a supervisão e orientação, conforme já enfocado, subentende-se que tenha os necessários conhecimentos para tratar da vida humana. Com efeito, o Residente ao prestar atendimento ao paciente, assume a responsabilidade direta pelos atos decorrentes, não podendo em hipótese alguma atribuir o insucesso a terceiros. Tal entendimento acha-se embasado no Código de Ética em vigor, em seus artigos 29 "*usque*" 34, cuja leitura é recomendada.

Desta forma, apesar da possibilidade de ocorrência de aspectos negativos na formação profissional, temos que entre o paciente e o médico existe uma relação jurídica perfeitamente definida por

dispositivos legais, existindo para ambos direitos e deveres. Destaca-se entre os deveres dos médicos a responsabilidade. Entre os direitos do paciente, o de não sofrer dano por culpa do médico.

Assim, em conclusão, entendemos que não há como isentar Residentes, Internos e Docentes da responsabilidade jurídica por eventuais danos, uma vez caracterizada a prática de ato ilícito".

No que tange a responsabilidade ética do preceptor, por atos médicos realizados por Médicos Residentes sob a sua supervisão, entendemos que tal responsabilidade é conseqüente ao caráter peculiar da tarefa da preceptoria, redundando no que o Prof. Genival Veloso de França, em seu livro "Direito Médico", define por "Responsabilidade Derivada" ou "Responsabilidade Compartida". Nela cada membro de uma equipe médica carrega consigo a co-responsabilidade por atos médicos executados no âmbito da instituição prestadora da assistência médica.

Concluindo, entendemos que tanto o Médico Residente quanto o Preceptor estão passíveis de responderem ética e juridicamente por atos médicos realizados bastando, para tanto, que cada instância judicante defina a responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe médica pelo ato médico realizado. É o parecer, s.m.j.

PARECER CFM Nº 13, DE 10 DE JANEIRO DE 2002

EMENTA: A relação entre o médico residente e seu preceptor deve ser respeitosa, exigindo qualidade ética e profissional do preceptor no exercício de sua atividade, que tem responsabilidade compartilhada com o residente, na prática do ato médico durante o treinamento do PRM.

CONSULTA: O Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais, através de seu diretor, J.A.C., consulta este Conselho Federal de Medicina quanto a existência de resoluções ou pareceres referentes à relação do médico residente com seu preceptor.

PARECER: Do ponto de vista da legislação da Residência Médica, a relação do médico residente com seu preceptor é regulamentada pela Lei nº 6.932, de 7/7/81, (artigo 1º) (...) cujo teor transcrevo a seguir:

Lei nº 6.932, Art. 1º - "A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional". (grifo nosso).

(...) O Código de Ética Médica estabelece nos artigos 19, 31, 85 e 107 normas quanto ao comportamento do médico nessa relação, a saber:

Art.19 – "O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina".

Art.31 – "Deixar de assumir responsabilidades sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente".

Art.85 – "Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos".

Art.107 – "Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei".

Os requisitos exigidos para o exercício da atuação do preceptor, previstos na legislação que normatiza a Residência Médica, que abordam a relação do médico residente com seu preceptor, valorizam dois

aspectos relevantes e que considero importantes citar: 1) a capacitação ético-profissional do preceptor, assegurando a qualidade necessária para uma boa formação; 2) estabelece a proporcionalidade numérica entre preceptor e residente, permitindo uma preceptorial mais efetiva e adequada para o desempenho do treinamento.

Devemos chamar atenção, também, para a importância do preceptor estar consciente de sua responsabilidade compartilhada, segundo definição do professor Genival Veloso, com o médico residente na prática do ato médico realizado durante o treinamento desenvolvido pelo mesmo no PRM.

CONCLUSÃO: Cumprida a regulamentação, torna-se ainda necessário que a relação entre o preceptor e o médico residente ocorra de maneira respeitosa, inclusive por tratar-se de relação entre profissionais médicos, e que exista, por parte do preceptor, o empenho e o compromisso de exercer suas funções com o máximo de sua capacitação e despreendimento, visando a melhor qualificação para o residente sob sua orientação. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 42, DE 16 DE MAIO DE 1992

Regulamenta a participação de médicos residentes nas Comissões de Ética Médica.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º As Comissões de Ética Médica, instaladas nos estabelecimentos hospitalares e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, na conformidade das Resoluções nº 02 e nº 03/84 do CREMERJ, terão na sua composição a participação de dois médicos residentes, sendo um efetivo e um suplente.

Art.2º Somente poderá haver participação de médicos residentes nas Comissões de Ética Médica quando a instituição possuir programa oficial de Residência Médica e um número mínimo de 10 (dez) médicos residentes.

Art.3º A escolha para os médicos residentes que participarão das CEMs será realizada sob forma de eleição em chapas distintas, obedecidos os critérios e prazos vigentes da Resolução nº 03/84 do CREMERJ.

Parágrafo 1º - O período de votação para as eleições de médicos residentes será de 02 (dois) dias, com um mínimo de 03 (três) horas por dia.

Parágrafo 2º - As eleições serão presididas por um membro da CEM da Instituição.

Parágrafo 3º - As eleições para médicos residentes deverão ser anuais e convocadas 60 dias após o ingresso na Unidade.

Art.4º Só poderão votar e ser eleitos para participar das Comissões de Ética Médica os médicos residentes quites e inscritos no CREMERJ e que estejam exercendo suas atividades na instituição onde funcionarão as referidas Comissões.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 157, DE 25 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a exigibilidade de documentação completa, para que se efetue o registro do médico no CREMERJ, condicionando-o ao reconhecimento dos cursos de Medicina pela legislação em vigor.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O registro no CREMERJ só poderá ser efetivado para médicos portadores de diplomas expedidos pelas Faculdades de Medicina, cujos cursos estejam devidamente reconhecidos pela legislação em vigor.

Parágrafo único - Os médicos que apresentarem certificados de cursos de medicina que mantêm seu

funcionamento amparados por medidas judiciais, terão seu registro negado até o reconhecimento pleno do referido curso pela legislação em vigor.

Art.2º Para efetivação do registro do médico, além da declaração e documentos nominados no art.2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58 de 15 de julho de 1958, será também exigida cópia do histórico escolar. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 204, DE 02 DE MARÇO DE 2005

Dispõe sobre a proibição do médico participar de Programas de Residência com características multiprofissionais.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É vedado ao médico participar como Monitor, Preceptor, Residente ou de qualquer outra forma dos chamados Programas de Residência Integrada, Residência Multiprofissional, Residência Multidisciplinar, Residência Interdisciplinar de Saúde ou quaisquer outras denominações similares onde, além do médico, estejam ou sejam admitidos outros profissionais da área da Saúde.

Art.2º Constitui infração ética o não cumprimento do disposto na presente Resolução. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 217, DE 03 DE ABRIL DE 2006

Dispõe sobre a exigência de apresentação do histórico escolar como condição para a inscrição de médico.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Fica acrescido ao rol de documentos que devem instruir o pedido de inscrição do médico, constantes dos parágrafos 1º e 2º do artigo 2º do Decreto nº 44.045/58, o histórico escolar do requerente que tenha o diploma emitido por Faculdade Medicina brasileira.

Art.2º A efetivação da inscrição do médico dependerá da comprovação de que todas as disciplinas foram cursadas em Faculdade de Medicina brasileira. (...)

PARECER CREMERJ Nº 07, DE 17 DE JULHO DE 1990

Criação de plantão geral no Hospital da Polícia Militar, com escala obrigatória de residentes em dupla, segundo área clínica e área cirúrgica.

EMENTA: Esclarece ser a residência médica uma modalidade de pós-graduação médica, cujo cerne é o treinamento em serviço, sendo a especialização um produto da residência médica, e não sua premissa.

CONSULTA: A consulta diz respeito a possível conduta antiética por parte do Diretor de Hospital Militar obrigando os médicos residentes à um plantão geral, fora de sua área de treinamento, alertando que é tradição naquele Hospital de que os médicos residentes prestem plantões em suas especialidades.

PARECER: Os termos da consulta enviada dizem respeito a possível conduta antiética por parte da direção do HPM, ao criar um plantão geral com Residentes em dupla, um da área clínica e outro da área cirúrgica.

Ora, por definição, a Residência Médica se constitui em modalidade de pós-graduação médica "*lato sensu*", cujo cerne é o treinamento em serviço. Como premissa acaciana, somente médicos diplomados a podem cursar. Isto implica em formação geral que os deve ter capacitado na graduação ao atendimento de condições cirúrgicas simples e clínicas habituais, perfeitamente compatíveis com um

plantão geral em um hospital de clínicas, desde que assegurada supervisão adequada pelo corpo médico.

A especialização é um produto da Residência Médica, e não sua premissa. Além do mais, tem sido política da própria Comissão Nacional de Residência Médica incluir um ano de treinamento em clínica médica e cirurgia geral, respectivamente, nos programas das especialidades clínicas e cirúrgicas.

Os princípios que não devem ser feridos são:

1. A carga horária máxima semanal da Residência Médica: 60 (sessenta) horas;
2. A carga horária máxima de plantão por semana: 24 (vinte e quatro) horas;
3. O direito do Residente em não ser prejudicado no treinamento em sua especialidade.

Todas essas premissas podem e devem ser discutidas e acordadas entre os Residentes, representada pela AMERERJ e respectiva Associação Hospitalar, e a própria Direção do hospital envolvido.

O Médico Especialista

Não se pode, nos dias que correm, prescindir das especialidades médicas e dos especialistas. A partir de mais de cinqüenta anos atrás verificou-se uma profunda modificação na ciência médica determinando, entre outras coisas, a inclinação dos profissionais para uma determinada área de maior habilidade e vocação.

Por outro lado, não se pode negar que a especialização médica trouxe alguns inconvenientes, o que é perfeitamente natural em tudo que se transforma. Como exemplos, temos a concentração excessiva numa "parte", quando o indivíduo em si é um todo; e em relação ao médico, tirou a especialização um pouco de sua condição de senhor, passando-o para a posição de subordinado, que recebe o paciente orientado e, muitas vezes, com a indicação daquilo que de fazer.

Jamais poderíamos negar o valor da especialidade, pois é a ela que se devem, na atualidade, os maiores momentos e os rasgos mais espetaculares da Medicina.

A especialização é necessária, contudo não impede o conhecimento das humanidades clássicas, nem tampouco o conhecimento integral da Medicina.

Os Conselhos Regionais de Medicina não exigem que um médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da Medicina, podendo exercê-la em sua plenitude nas mais diversas áreas, desde que se responsabilize por seus atos.

O médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição pode exercer sua atividade em qualquer área, ramo ou especialidade, independente de possuir o título de Especialista.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.634, DE 11 DE ABRIL DE 2002

Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Revogam-se as Resoluções CFM nºs 1.286/89, 1.288/89, 1.441/94, 1.455/95.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades - CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação constante do anexo II do presente instrumento.

Art.2º Outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades.

Art.3º Fica vedado ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades.

Art.4º O médico só pode declarar vinculação com especialidade ou área de atuação quando for

possuidor do título ou certificado a ele correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art.5º Fica vedado, por qualquer motivo, o registro e reconhecimento das especialidades não constantes do anexo II do convênio.

Parágrafo único - Excetua-se do caput deste artigo a documentação de pedido de avaliação para efeito de registro de especialidade que tiver sido protocolada nos Conselhos Regionais de Medicina até a data de publicação desta resolução.

Art.6º Revogam-se todas as resoluções existentes que tratam de especialidades médicas, em especial as Resoluções CFM nº 1.286/89, 1.288/89, 1.441/94, 1.455/95, respeitados os direitos individuais adquiridos. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666, DE 07 DE MAIO DE 2003

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.763, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2005

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.666/2003, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.772, DE 12 DE AGOSTO DE 2005

Institui o Certificado de Atualização Profissional para os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação e cria a Comissão Nacional de Acreditação para elaborar normas e regulamentos para este fim, além de coordenar a emissão desses certificados. Revoga a Resolução CFM n. 1.755/2004.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Instituir os Certificados de Atualização Profissional para portadores de títulos de especialista e certificados de áreas de atuação, concedidos no país de acordo com a legislação pertinente.

§1º O processo de certificação de atualização profissional passará a vigorar a partir de 1º/1/2006.

§2º Os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação emitidos a partir de 1º/1/2006 terão o prazo de até 5 (cinco) anos para se submeterem obrigatoriamente ao processo de certificação de atualização profissional, sob pena de perda do registro desses títulos e/ou certificados.

§3º Os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação emitidos até 31/12/2005 poderão aderir a este processo de certificação de atualização profissional, ficando sob a égide das normas e regulamentos estabelecidos nesta resolução.

I- Os médicos que aderirem ao programa e preencherem os requisitos necessários receberão um Certificado de Atualização Profissional em sua especialidade e/ou área de atuação, com validade de 5 (cinco) anos;

II- Os médicos inclusos no *caput* do parágrafo 3º e que não aderirem ao programa de certificação de atualização profissional continuarão com o(s) seu(s) registro(s) de especialização e/ou área(s) de atuação inalterado(s) nos Conselhos Regionais de Medicina.

§4º Os Certificados de Atualização Profissional devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina darão direito a seu uso para divulgação e publicidade.

§5º A divulgação da referida certificação não comprovada constitui falta ética grave.

Art.2º Cria-se o Cadastro Nacional de Atualização Médica nos Conselhos Regionais de Medicina onde se farão os registros dos Certificados de Atualização Profissional previstos nesta resolução.

Art.3º Cria-se a Comissão Nacional de Acreditação (CNA), composta por um membro da diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM), um membro da diretoria da Associação Médica Brasileira (AMB) e dois delegados de cada um destes órgãos, a serem indicados pelas respectivas diretorias, com a competência de:

I – Elaborar as normas e regulamentos para a certificação de atualização profissional dos títulos e outras questões referentes ao tema;

II – Estabelecer o cronograma do processo de certificação de atualização profissional;

III – Emitir a certificação de atualização profissional de acordo com suas normas e regulamentos.

Art.4º As normas e regulamentos elaborados pela Comissão Nacional de Acreditação somente entrarão em vigor após serem homologadas pelo CFM.

Art.5º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.755/04. (...)

PARECER CFM Nº 44, DE 30 DE JULHO DE 1990

ASSUNTO: Indaga-nos o CREMESP sobre o "limite máximo de especialidades que um mesmo médico pode requerer o registro".

O CREMESP indaga qual o limite máximo de especialidades que um mesmo médico pode requerer o registro.

Não há nenhuma Resolução do CFM neste sentido.

Não há também qualquer impedimento a qualquer médico que decidir adquirir habilitação, e conseqüente titulação, na especialidade ou nas especialidades que desejar.

Visto por esta ótica, cabe a cada médico decidir habilitar-se nas especialidades que desejar.

No entanto, existe o impedimento legal de anunciar o exercício de mais de duas especialidades (Dec. Lei 4113 de 14 de fevereiro de 1942, art. 1º, incisos III e V). (...)

PARECER CFM Nº 21, DE 08 DE FEVEREIRO DE 1995

EMENTA: A exigência do Título de especialista para contratação de médicos em serviço público, só poderá ser feita caso se na nomenclatura do cargo constar a especialidade. Esta exigência é livre na contratação por empresas e convênios de direito privado.

PARECER: Trata-se de consulta formulada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, cerca de possíveis limitações legais à atuação do médico não especialista; do valor legal da exigência de comprovação da especialidade feita por convênios a empresas, dentre outras indagações, cujas

considerações passo a fazer a seguir:

1- Do ato característico de especialista

Partindo da premissa fornecida pelo próprio consulente de que "o médico regularmente graduado e registrado no Conselho de Medicina, em tese, tem os direitos legais de praticar qualquer ato médico", impõe-se sejam feitas as seguintes observações:

a) A expressão "em tese" - implica reconhecer limitações de ordem teórica, no que se refere à bagagem de conhecimento que a graduação no curso de Medicina possibilita ao estudante angariar e que, por questão de lógica, será menor do que a bagagem doutrinária que o especialista auferiu no curso de especialização. Faz-se necessário salientar, contudo, que o não especialista deve ter conhecimentos fundamentais da profissão.

b) A expressão "qualquer ato médico" - engloba, indubitavelmente, os atos do especialista.

Assim, é verdadeira a premissa advinda do próprio Conselho de Medicina e não se haver que falar em "atos privativos de especialista".

2 - Limite legal da atuação do não especialista

O médico, uma vez graduado e registrado no Conselho, está apto à prática médica, sem restrições de ordem legal. O advogado, à medida de seu interesse e aprimoramento, pode optar por atuar em determinada área, partindo, inclusive para o título de especialista (na área tributária, por exemplo) e, ainda assim, continuar atuando nas demais áreas. Pode, por outro lado, não se especializar em área alguma, atuando, perfeitamente, em todas as áreas jurídicas

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, ao tratar dos direitos e deveres individuais e coletivos, estabeleceu no inciso XIII a liberdade do "exercício de qualquer profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer".

Ora, se, voltando à premissa do Solicitante, o médico graduado pode praticar qualquer ato médico e, sendo tal expressão o gênero que engloba ato de especialista, novamente, impõe-se concluir que não há limite legal, afora a prévia aprovação em exame para a atuação do médico não especialista.

O bom senso sim, que limitará a atuação profissional.

3 - Da exigência da especialidade

A questão que se apresenta, relativamente ao valor legal da exigência para credenciamento ou ocupação de cargo ou vaga por especialista merece as seguintes observações:

a) Feita tal exigência por convênios ou empresas privadas, a relação se regula pelas regras do direito Civil, privados que são termos praticados entre as partes interessadas.

Prevalece, aqui, a vontade das partes que, manifestada por agente capaz, com objeto lícito e sem vícios de consentimento, será válida para todos os efeitos legais.

Manifestada assim, a vontade das partes gera seus efeitos jurídicos, criando direitos e obrigações recíprocas.

Válida, pois, é a exigência, em face da prevalência da vontade dos agentes, no direito privado.

b) Feita a exigência pelo Estado, a questão ultrapassa os limites do Direito Privado, indo calhar no direito Público que rege a atuação da Administração Pública.

E, sob o prisma do Direito Público, verifica-se que, enquanto à Administração só se permite fazer o que está previsto em lei, ao particular se permite fazer tudo o que não é proibido por lei. É, pois, o princípio da

legalidade (CF, art. 37, "caput") o norteador da atividade estatal.

Dir-se-ia, portanto, que em sendo permitido ao médico não especialista a prática, sem restrições, de qualquer ato médico, inclusive os de especialista, não poder o Estado, em virtude do princípio da legalidade, exigir o título de especialista para provimento de cargo ou vaga, como requisito primeiro de seleção, a menos que tal requisito adviesse da lei que criou o cargo.

Considerando-se, por outro lado, o princípio da supremacia do interesse público, pode o Estado, à forma dos particulares, fazer tal exigência em concurso público de "provas e títulos", já que, a princípio, presume-se que o detentor do título de especialista tem condições de melhor atender aos interesses de uma coletividade de dependa de tratamentos específicos.

É o que denominam, os doutrinadores, de singularidade subjetiva (prevista na Lei de Licitações, para casos de dispensa de licitação), posto que há casos em que o trabalho é marcado por características individualizadoras que permitam inferir seja um médico especialista o mais adequado à plena satisfação do objeto pretendido pela Administração.

Além disso, pode a exigência decorrer do cargo. Por uma questão de nomenclatura, ao cargo-médico segue-se o título - cardiologista, por exemplo.

Retomando o texto constitucional que estabelece a liberdade do exercício de trabalho, ofício ou profissão, desde que atendidas as qualificações que a lei exigir, tem-se o que o nome do cargo, tendo sido criado por lei, impôs a restrição, afastando, desta forma, a discricionariedade do administrador público, em exigir ou não a especialidade para a ocupação do cargo.

Havendo instrumento normativo que estabeleça o cargo com denominação, por exemplo, de médico-cardiologista, estará a exigência prevista em lei, vinculando o administrador àquela determinação. São o nome e as funções descritas na definição do cargo que exigem a especialização.

Se, porém, do cargo não constar a nomenclatura restritiva e as funções prescritas, por isso mesmo, estabeleçam especialização, o Estado só poderá exigir validamente a comprovação da especialidade de forma indireta em concurso de "provas de títulos".

E, neste caso, ao médico não especialista não se poder negar o direito à inscrição e à feitura dos testes. Porém, na etapa em que se exigirem títulos, poderá ser naturalmente preterido (eximado) diante dos que apresentarem ou preencherem os títulos previstos no edital.

Assim, fazendo o título parte da nomenclatura do cargo, a exigência, por decorrer da lei, é válida.

Não fazendo parte da nomenclatura, o Estado só poderá se utilizar do concurso de "provas e títulos", como meio de selecionar validamente especialistas, sem infringir o princípio da legalidade. É o parecer, "sub-censura".

PARECER CFM Nº 04, DE 09 DE ABRIL DE 1997

Serviços de radiologia.

EMENTA: O médico somente pode assumir responsabilidade técnica por, no máximo, duas empresas jurídicas. A responsabilidade técnica de um serviço especializado deve ser exercida por médico especialista na área. A prática médica é livre a todos os médicos, porém os atos mais complexos e que compõem o substrato de determinada especialidade devem ser reservados aos especialistas; contudo, sua execução por médico não-especialista não se constitui em ilícito ético.

(...) Por derradeiro, reafirmo que o médico deve exercer sua profissão com ampla liberdade. Porém, deve ter a consciência ética de somente praticar atos ou procedimentos dos quais tenha pleno conhecimento e segurança de que sejam os mais adequados à resolução dos problemas de seus pacientes. Não devem, pois, aventurar-se a praticar atos sem o devido treinamento ou que melhor possam ser realizados por quem tenha a formação mais completa, o ESPECIALISTA. Este é meu parecer, s.m.j.

PARECER CFM Nº 19, DE 20 DE MAIO DE 1998

EMENTA: Serviço de fisiatria. Exercício amplo da medicina, podendo o médico exercer atividade em qualquer área médica. A direção do serviço especializado deve ficar a cargo do médico especialista, com o objetivo de oferecer um atendimento com maior nível de segurança aos pacientes, no seu aspecto técnico, e ao mesmo tempo resguardar a atuação profissional. (...)

PARECER CFM Nº 54, DE 11 DE SETEMBRO DE 1998

Publicidade de título de Especialista.

EMENTA: O anúncio de especialidade médica, nos termos das normas vigentes, só pode ser efetivado após registro de qualificação no Conselho Regional de Medicina. (...)

PARECER CFM Nº 02, DE 09 DE FEVEREIRO DE 2000

ASSUNTO: Livre exercício profissional; especialidade médica; registro de especialidade nos Conselhos de Medicina.

EMENTA:

I – Não pode ocorrer o cerceamento do livre exercício profissional pelo fato de o médico não possuir especialidade médica;

II – Para registro da especialidade médica junto aos Conselhos de Medicina, é necessário que a especialidade e a entidade que emitiu o título de especialista sejam reconhecidos pelo CFM;

III – Não se pode exigir do médico título de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

PARECER: (...) A exigência do título de especialista para o exercício de atos médicos tem sido objeto de constantes consultas e questionamentos junto a este Conselho Federal. De pronto, é necessário recordar que além da Lei nº 3.268/57, a Constituição Federal, em seu artigo 5º, XIII, expressa de forma cristalina o entendimento que o "*exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão é livre, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer*". (...)

PARECER CFM Nº 31, DE 08 DE JULHO DE 2005

Atuação de médico na especialidade e em área de atuação: obrigatoriedade e recusa.

EMENTA: O médico, diante de situação profissional de atendimento em condições às quais não está

plenamente afeito, deverá, sempre que necessário e possível, encaminhar o paciente para atenção de melhor qualidade.

A CONSULTA: O presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, dr. Pedro A. Gordan, tem recebido perguntas de seus associados que implicam em questões éticas. Solicitam avaliação do CFM no que se refere a duas consultas, pertinentes a atendimento em nefrologia pediátrica, que transcrevemos:

"1 – O dr. F.C., nefrologista em Rondônia, trabalha em hospital público do estado e se diz obrigado a fazer avaliação e procedimentos na área de nefropediatria e coloca que não tem formação para atuar nesta área, uma vez que a sua formação e atuação é em nefrologia de adulto. Informa, ainda, que o seu Estado não dispõe de especialista nesta área de atuação. Perguntamos: como deve o médico proceder nesta situação?"

"2 – A dra. L.M.C., nefrologista de adultos, trabalha no hospital Universitário São José de Belo Horizonte e informa que em sua formação não teve experiência na área de nefrologia pediátrica, porém, com frequência, é chamada a atender interconsultas nesta área. Perguntamos: se é obrigada a atender estas interconsultas, como deve a médica proceder?"

PARECER: Não é obrigatório que um médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da Medicina, podendo exercê-la em qualquer área desde que se responsabilize por seus atos, não podendo, contudo, anunciar ou propagar condição de especialista que não tem.

As consultas feitas pelos médicos Dr. F.C., de Rondônia, e Dra. L.M.C., de Belo Horizonte, merecem respostas diferentes. Não tenho dúvidas de que a dra. L.M. pode recusar-se a atender caso de nefrologia infantil, em caráter privado e público, já que não se considera apta para tal e a cidade onde vive dispõe de serviços especializados em nefrologia pediátrica. Diferente a condição vivida pelo médico dr. F.C. Seu estado não dispõe de profissional com área de atuação em nefrologia pediátrica. Assim sendo, o mais apto deve ser o próprio. Acredito que deva avaliar a situação caso a caso; em muitos, creio que se considere apto a prestar assistência, devendo fazê-la, já que em Rondônia é difícil a remoção de um paciente para outro estado, quase sempre dependente de transporte aéreo. Caso entenda que não tem condições técnicas ou recursos materiais para atender ao paciente, deve comunicar tal fato às autoridades responsáveis, para que providenciem o encaminhamento do paciente para centro capaz de atender com mais segurança e qualidade. Este é o parecer, s.m.j.

PARECER CREMERJ Nº 06, DE 13 DE JUNHO DE 1990

Relações e compromissos mútuos entre médicos empregados,
com especialidade, e órgão empregador.

EMENTA: Esclarece que o médico contratado como especialista, não está obrigado a executar ato médico fora de sua especialidade, porém, em condições de extrema emergência, risco de vida ou inexistência de presença de outros colegas, por uma questão ética e não contratual, esse profissional deve envidar seus melhores esforços assistenciais e particulares, no atendimento de pacientes.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a obrigatoriedade ou não de médico contratado como especialista prestar atendimento, fora de sua especialidade, nas seguintes situações: na emergência, quando na situação de não ser único profissional médico presente e não existir risco de

vida extremo de paciente; como auxiliar nas operações cirúrgicas; participando da escala de remoções de pacientes em ambulância.

PARECER: Creio que tais dúvidas resultam da modificação do espírito que recentes concursos públicos proporcionaram. Estreitaram os compromissos dos médicos com as redes assistenciais que os empregassem, impedindo por princípio, as remoções de uma unidade para outra.

(...) Bem, a resposta é muito clara. O médico contratado para exercer uma função muito especializada, não tem qualquer obrigação ou compromisso com a entidade que o emprega, fora dos termos desse contrato. Os compromissos do médico com sua profissão e a ética de sua categoria situam-se em um plano acima do resultante de contratos e não podem ser usados para fazer valer vantagens dos empregadores no contrato de trabalho. A Dra. vislumbrou muito bem em suas perguntas, esse compromisso ético, quando subentendeu, que na vigência de extrema urgência, risco de vida do paciente ou inexistência de outros colegas capazes, ela não teria dúvidas, assumiria e assumirá qualquer tarefa.

De resto, uma Instituição ou Empresa que coloca em função de assistência, colegas contratados para exercer atividades especializadas, há de ser responsabilizada pelos danos causados aos pacientes nos atendimentos, fora da especialidade.

O segundo aspecto que me parece relevante tratar aqui é algo que, com certeza, determina ou determinou, a eventual ordem que gerou as perguntas formuladas.

Vejamos como:

Uma "equipe" de Emergência, como qualquer outra, evidentemente tem uma equifinalidade; se não tem deveria ter para uma equipe - ou seja, o atendimento de pacientes em condições que configurem emergência. Ora, se a "equipe" não é mobilizada pela chefia para essa finalidade geral, claro que vão aparecer "buracos negros" ou "zonas cinzentas" nos quais se dão os conflitos e o mau atendimento. A mobilização provida por um chefe faz-se através de medidas simples: a) compartilhamento de informações (não deve haver assuntos de equipe que só o chefe ou alguns saibam), b) comportamento de apoio (no qual o chefe busca incentivar o desenvolvimento das responsabilidades de seus subordinados) e c) participação em todas as decisões, de todos os membros da equipe, quando se tratar de problemas da equipe (normas, padrões, comportamentos etc). São assuntos de todos e não só de chefe. A isso se chama trabalho em equipe, genuíno, senão, não o é. Uma equipe para ser realmente uma equipe é necessário que ela compartilhe não apenas nas ações mas também nas decisões.

Então o determinante das relações entre os membros da equipe é a própria maneira pela qual a equipe se conduz em trabalho conjunto. A atuação da chefia é absolutamente decisiva nisso. Um chefe autoritário desmoraliza e impede o crescimento de seus subordinados. Um chefe omisso desmonta qualquer tipo de trabalho em conjunto, para citar dois exemplos típicos. Conclui-se que, sem as 3 medidas acima descritas, não há equipe que consiga ser, muito tempo, eficaz se algum dia o foi.

Ora, cada chefe de equipe é subordinado a uma equipe superior de Emergência, que tem um Chefe Geral onde a demanda por bons padrões de desempenho é igual. Sendo assim, os chefes de equipes de plantão são, ou não, mobilizados para a execução das funções de suas equipes. Da mesma maneira que o Chefe Geral, o Diretor de Divisão, até o Diretor do Hospital.

Só é possível alcançar-se os padrões de otimização se forem criados mecanismos para o estabelecimento dessa rede de equipes que se superpõem fazendo com que cada chefe de equipe seja subordinado de uma equipe superior. Chamamos este papel, de pino-de-ligação, que é o modo pelo qual uma equipe se subordina a outra.

Em que, isso se refere às perguntas da Dra.? Fácil. Se o chefe de uma equipe não usa as medidas simples descritas aqui, o que acontece? Começa a dar ordens de sua cabeça sem ter passado pelo crivo de uma discussão e decisões coletivas conseqüentes de sua equipe. Resultado: uso do poder e não de coordenação e uma liderança efetiva. No fim: conflitos, insatisfação no trabalho e assistência mal feita.

Até hoje nunca ouvi falar de um critério de competência para escolha de dirigentes de hospitais do Estado, creio que já é hora de começar.

As perguntas são muito oportunas e não teriam sido feitas se ela trabalhasse em uma equipe verdadeira, interativa e interinfluyente. Eventualmente ela poderia fazer tudo aquilo com que ela não tem compromissos, nem ético, nem contratual, porque teria sido colocado um outro compromisso: com sua equipe, seu grupo, que só uma boa chefia cria, mantém e desenvolve.

Resumindo e propondo a ementa das respostas a serem dadas às perguntas formuladas:

1) O médico contratado ou empregado em cujo contrato esteja especificada a especialidade para a qual foi admitido não tem obrigação de exercer outra atividade. Claro que em condições de extrema emergência, risco de vida do paciente ou inexistência de outros colegas presentes, por uma questão ética e não contratual, deve ele envidar seus melhores esforços assistências e particulares.

2) O médico especialista contratado para execução de assistência na especialidade, conforme mostra o contrato, também não é obrigado a participar de escalas de saídas em ambulâncias, exceto se se tratar de atendimento a enfermos com lesões que caibam na competência de sua especialidade; sempre com a ressalva ética dos casos de risco de vida ou ausência de outros profissionais disponíveis.

3) Também a colega não é obrigada a participar de escalas de cirurgiões que não se relacionam com a especialidade para a qual foi contratada exercer, a não ser obviamente, para casos já previstos nas respostas anteriores pelo compromisso ético envolvido. (...)

PARECER CREMERJ Nº 35, DE 21 DE JUNHO DE 1995

Obrigatoriedade de médicos especialistas atenderem fora do âmbito de suas especialidades.

EMENTA: (...) Alerta que este profissional qualificado, amparado pelo Código de Ética Médica, Art. 7º e 8º, poderá recusar-se a prestar atendimento em especialidade para a qual não se considera apto a fazê-lo, sob pena de trazer prejuízos, ao invés de benefícios, ao paciente sob seus cuidados; que muito além das normas e regulamentos institucionais, o compromisso ético do médico o obriga a assumir a assistência a qualquer paciente em caso de extrema urgência, risco de vida ou inexistência de outros colegas mais capacitados para fazê-lo; que dependendo do tipo de patologia apresentada pelo doente em questão, e da competência técnica exigida do profissional que irá acompanhá-lo na remoção, o especialista poderá se considerar inapto a fazê-la. Conclui que o médico, quando contratado para exercer determinada atividade especializada, e tal atividade é explicitada no contrato, não tem qualquer obrigação com a instituição que o contratou fora dos termos deste contrato e que o compromisso do médico com a Ética não pode ser usado para fazer valer vantagens dos empregadores nos contratos de trabalho, sejam eles públicos ou privados. (...)

O Médico Estrangeiro

O médico estrangeiro é considerado o nacional estrangeiro graduado no exterior, com exceção dos cidadãos portugueses graduados em Portugal. Os vistos para os nacionais estrangeiros são concedidos pelo Ministério da Justiça do Brasil a quem compete, também, estipular o prazo de sua validade. Para regulamentar a matéria, a legislação brasileira possui uma extensa lei - o Estatuto do Estrangeiro.

LEI Nº 6.815, DE 19 DE AGOSTO DE 1980 COM AS ALTERAÇÕES INTRODUZIDAS PELA LEI Nº 6.964, DE 09 DE DEZEMBRO DE 1981

(...) **Art.3º** A concessão do visto, a sua prorrogação ou transformação ficarão sempre condicionadas aos interesses nacionais.

Art.4º Ao estrangeiro que pretenda entrar em território nacional poderá ser concedido visto, entre outros, do tipo temporário, provisório ou permanente.

O visto temporário poderá ser concedido ao estrangeiro (no caso ao médico) que pretenda vir ao Brasil atendendo aos itens I ou IV do Art. 13 da Lei nº 6.815/80:

I - em viagem cultural ou em missão de estudos; (...)

IV - na condição de estudante; (...)

Nestas condições I ou IV - fica o médico proibido de exercer atividade remunerada, sendo-lhe concedida apenas Licença Temporária pelo CRM para fins de especialização e é dispensada a revalidação de diploma.

Já o item V do mesmo artigo 13 da Lei nº 6.815/80, permite a concessão do visto temporário ao estrangeiro (no caso o médico) na condição de cientista, professor, técnico ou profissional de outra categoria, sob regime de contrato ou a serviço do Governo Brasileiro.

Nesta condição será permitido o exercício de atividade remunerada mediante apresentação de contrato de trabalho, firmado entre o médico e uma instituição hospitalar e registrado no Ministério do Trabalho. Será concedida Inscrição Temporária no Conselho Regional de Medicina, sendo proibido o exercício de atividade remunerada em outra instituição e sendo também dispensada a revalidação de diploma.

O visto provisório está amparado na Lei nº 7.685/88 e permite o exercício de atividade remunerada, com inscrição provisória no CRM, porém exige a revalidação do diploma de médico.

Quando o visto permanente é concedido pelo Ministério da Justiça e o diploma está revalidado, o médico estrangeiro pode requerer sua inscrição definitiva, "normal", no CRM.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.494, DE 19 DE JULHO DE 1998

Dispõe sobre a autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros, quando convidados por universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas, implica no cumprimento, perante o Conselho Regional de Medicina das seguintes obrigações:

- a. nomeação dos membros da equipe médica convidada;
- b. comprovação da regularização da entrada em território nacional dos membros da equipe convidada;
- c. comprovação, com documentos originais de seus países de origem, da habilitação profissional dos médicos convidados;
- d. apresentação da programação a ser desenvolvida com anuência da instituição patrocinadora contendo:

I- local da execução dos procedimentos;

II- comprovação da capacidade técnica para executá-los;

III- nomeação da equipe médica local assistente, com descrição de cada nível específico de responsabilidade;

IV - critério de seleção de pacientes a serem atendidos sem discriminação de qualquer espécie;

V - descrição do esquema de atendimento pós-operatório imediato e tardio, incluindo tratamento de complicações e seqüelas;

VI - consentimento esclarecido do paciente ou de seus representantes legais;

VII - parecer favorável da Comissão de Ética Médica da Instituição.

Art.2º A observância do cumprimento desta Resolução é da responsabilidade do Diretor Técnico da instituição.

Art.3º É vedada a cobrança, a qualquer título, de pagamento pelos atos médicos realizados. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.650, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2002

Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º É vedado aos membros dos Corpos Clínicos dos estabelecimentos de assistência médica participar da execução, direta ou indireta, de convênios ou quaisquer outros termos obrigacionais, para a realização de estágios ou internatos, destinados a alunos oriundos de faculdades/cursos de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas.

Parágrafo único - Excetua-se do mandamento disposto no caput do artigo os membros dos Corpos Clínicos de hospitais universitários, quando da vigência de acordo oficial celebrado entre as universidades.

Art.2º A responsabilidade pela observância desta norma cabe solidariamente aos diretores clínico e técnico das instituições.

Art.3º A realização de estágio ou internato do curso de Medicina por alunos de faculdades de Medicina estrangeiras não dispensa a posterior convalidação do diploma por universidade pública, nos termos da lei. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.669, DE 13 DE JUNHO DE 2003

Dispõe sobre o exercício profissional e os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O médico estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior terão o registro para o exercício profissional no Brasil regulamentado por esta resolução.

Art.2º Os diplomas de graduação em Medicina expedidos por faculdades estrangeiras somente serão aceitos para registro nos Conselhos Regionais de Medicina quando revalidados por universidades públicas, na forma da lei.

Parágrafo único - O médico estrangeiro, para obter o registro nos Conselhos Regionais de Medicina, deve comprovar a proficiência em língua portuguesa

(...) **Art.3º** O médico estrangeiro, com visto permanente no Brasil, pode registrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina e usufruir dos mesmos direitos dos médicos brasileiros quanto ao exercício profissional, exceto nos casos de cargo privativo de cidadãos brasileiros, sobretudo ser eleito ou eleger membros nos respectivos Conselhos, observado o disposto no artigo 2º desta resolução e de acordo com a Constituição Federal de 1988.

Art.4º O médico estrangeiro detentor de visto temporário no País não pode se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina e está impedido de exercer a profissão, salvo a exceção prevista no inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro.

Parágrafo 1º - O médico estrangeiro, portador de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro (inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), está obrigado a inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais enquanto perdurar o visto, observado o disposto no artigo 2º desta resolução.

Parágrafo 2º - Na hipótese prevista no parágrafo anterior faz-se necessária a apresentação do contrato de trabalho ou documento específico que comprove estar o médico estrangeiro a serviço do governo brasileiro, bem como os demais documentos exigidos para inscrição no respectivo Conselho.

Parágrafo 3º - Deverá constar na carteira profissional expedida pelo Conselho Regional de Medicina o período de validade da inscrição, coincidente com o tempo de duração do respectivo contrato de trabalho.

Art.5º Os programas de ensino de pós-graduação, exceto a Residência Médica oferecidos a médicos estrangeiros detentores de visto temporário, que venham ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), e aos brasileiros com diplomas de Medicina obtidos em faculdades no exterior, porém não revalidados, deverão obedecer as seguintes exigências:

1. Os programas somente poderão ser desenvolvidos em unidades hospitalares diretamente ligadas a instituições de ensino superior que mantenham programas de Residência Médica nas mesmas áreas, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);
2. O número de vagas de cada programa poderá variar de 1 (uma) vaga até o máximo de 30% (trinta por cento) do total de médicos residentes do primeiro ano na mesma área, credenciados pela CNRM na unidade;
3. A duração do programa não poderá exceder a autorizada pela CNRM para a Residência Médica nas

mesmas áreas;

4. Não poderá haver qualquer tipo de extensão do programa, mesmo que exigida pelo país expedidor do diploma;

5. Os atos médicos decorrentes do aprendizado somente poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob supervisão direta de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que assumirão a responsabilidade solidária pelos mesmos;

6. É vedada a realização de atos médicos pelo estagiário fora da instituição do programa, ou mesmo em atividades médicas de outra natureza e em locais não previstos pelo programa na mesma instituição, sob pena de incorrer em exercício ilegal da Medicina, tendo seu programa imediatamente interrompido, sem prejuízo de outras sanções legais;

7. No certificado de conclusão do curso deverá constar o nome da área do programa, período de realização e, explicitamente, que o mesmo não é válido para atuação profissional em território brasileiro.

Art.6º O médico estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, no que couber, participarão do programa de ensino de pós-graduação desejado, nos termos do artigo anterior, somente quando cumprirem as seguintes exigências:

1. Possuir o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (...);

2. Submeter-se a exame de seleção de acordo com as normas estabelecidas e divulgadas pela instituição de destino;

3. Comprovar a conclusão de graduação em Medicina no país onde foi expedido o diploma, para todos os programas;

4. Comprovar a realização de programa de Residência Médica ou equivalente, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a Resolução CFM nº 1.634/2002 e a Resolução CNRM nº 004/2003;

5. Comprovar a posse de recursos suficientes para a sua manutenção em território brasileiro durante o período de treinamento.

Parágrafo único - Caberá à instituição receptora decidir pela equivalência à Residência Médica brasileira dos estágios realizados no país estrangeiro de origem do candidato, bem como o estabelecimento de outros critérios que julgar necessários à realização do programa.

Art.7º Os Conselhos Regionais de Medicina devem tomar ciência da presença de médico estrangeiro, e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação em sua jurisdição, mediante comunicação formal e obrigatória do diretor técnico, preceptor ou médico investido em função semelhante, da instituição que pretenda realizar os referidos cursos.

Parágrafo 1º - Os médicos referidos no *caput* deste artigo terão autorização para freqüentar o respectivo programa após verificação do cumprimento das exigências desta resolução e da homologação pelo Plenário do Conselho Regional de Medicina, posteriormente encaminhada à instituição solicitante.

Parágrafo 2º - O registro da autorização prevista no parágrafo anterior será feito no prontuário do médico responsável pelo programa e no prontuário da instituição onde o mesmo será realizado.

Parágrafo 3º - Não haverá registros individuais, nos Conselhos Regionais de Medicina, dos médicos participantes dos programas.

Art.8º O estrangeiro, detentor de visto temporário na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), que tiver concluído o curso de Medicina em faculdade brasileira somente

poderá inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina e exercer legalmente a profissão se obtiver o visto permanente.

Art.9º O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, não pode cursar Residência Médica no Brasil.

Parágrafo único - O brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade estrangeira só poderá cursar a Residência Médica no Brasil após cumprir o disposto no *caput* do artigo 2º desta resolução.

Art.10. Os editais para a seleção de candidatos, promulgados pelas instituições mantenedoras de programas de Residência Médica, devem observar o disposto nesta resolução.

Art.11. Ficam revogados o Parecer CFM nº 3/86, as Resoluções CFM nº 1.615/2001 e nº 1.630/2001 e demais disposições em contrário. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.712, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2003

Regulamenta a inscrição de médico estrangeiro no tocante ao Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa e revoga a Resolução CFM nº 1.620/2003.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º O requerimento de inscrição do médico estrangeiro deverá conter, além de toda a documentação prevista no artigo 2º do regulamento aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPE-BRAS), em nível avançado, expedido pelo Ministério da Educação.

(...) **Art.3º** Revoga-se a Resolução CFM nº 1.620/03.

PARECER CFM Nº 21, DE 27 DE JUNHO DE 2004

ASSUNTO: Legalidade do convênio de cooperação internacional para formação acadêmica de estudantes.

EMENTA: A Resolução CFM nº 1.650/02 veda o estágio de estudantes estrangeiros.

PARECER DE VISTA: A consulta versa sobre a possibilidade de um estabelecimento hospitalar brasileiro, a Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, firmar convênio com entidade educacional estrangeira, no caso a Universidade Técnica Privada do Uruguai, para realizar estágio de internato em Medicina.

PARECER: A Resolução CFM nº 1.650/2002 veda este tipo de convênio. Sua execução poderá redundar em responsabilização do diretor e dos membros do corpo clínico que dele participarem. Este é o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 78, DE 21 DE SETEMBRO DE 1994

Dispõe sobre a obrigatoriedade de inscrição no CREMERJ de médico estrangeiro, sem visto permanente no país, para iniciar estágio de pós-graduação.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Todo médico estrangeiro, sem visto permanente no País, somente poderá iniciar estágio de pós-graduação, em qualquer instituição de ensino no Estado do Rio de Janeiro, após o competente cadastramento no CREMERJ.

Art.2º Para o cadastramento a que se refere o artigo anterior, o médico estrangeiro deverá apresentar os documentos seguintes:

- a) cópia autenticada do diploma de Medicina;
- b) tradução juramentada do diploma de Medicina;
- c) cópia da cédula de identidade de estrangeiro com visto temporário;
- d) Carta de encaminhamento, expedida pelo Centro de Estudos ou da Direção Geral da instituição onde será realizado o estágio, assegurando a existência da vaga para o médico e indicando o nome e nº de CRM do preceptor responsável.

Art.3º Ao médico estrangeiro cadastrado no CREMERJ será concedida Certidão habilitando-o ao estágio.

Parágrafo 1º - A Certidão expedida pelo CREMERJ é condição indispensável para a aceitação do médico na instituição.

Parágrafo 2º - A Certidão terá, no máximo, o mesmo prazo da permanência do médico no País, podendo, entretanto, ser prorrogada mediante apresentação de documento expedido pela Polícia Federal atestando o pedido de prorrogação do visto.

Parágrafo 3º - O prazo de validade será apostado, em destaque, no lado superior esquerdo da Certidão.

Art.4º A Certidão expedida pelo CREMERJ somente confere direito ao médico de estagiar na instituição, sendo-lhe, expressamente, vedado o exercício de atividade remunerada, bem como a confecção e uso de carimbo.

Art.5º O cadastramento no CREMERJ será gratuito.

Art.6º O CREMERJ deverá ser, imediatamente, comunicado em caso de transferência de instituição, devendo, nesses casos, o médico apresentar, no prazo de 48 horas, nova declaração de que trata a alínea "d" do artigo 2º.

Art.7º O médico preceptor será responsável por todos os atos do médico estagiário, respondendo por qualquer ilícito ético, porventura, cometido.

Art.8º O ingresso nos Programas de Residência Médica das instituições localizadas no Estado do Rio de Janeiro será privativo dos médicos regularmente inscritos no CREMERJ, devendo o número de CRM ser apresentado, indispensavelmente, no ato de inscrição. (...)

Normas para Fiscalização do Exercício Profissional e de Vigilância Sanitária

DECRETO ESTADUAL Nº 1.754, DE 14 DE MARÇO DE 1978

Aprova "Normas Técnicas Especiais para a Fiscalização do Exercício Profissional e de Estabelecimentos de Interesse para a Medicina e Saúde Pública".

(...) **Dos Estabelecimentos Dirigidos por Médicos**

Dos Estabelecimentos Hospitalares

Art.106. Os estabelecimentos hospitalares, qualquer que seja a sua denominação, públicos ou particulares, gerais ou especializados, só poderão funcionar sob a responsabilidade técnica de médico habilitado ao exercício profissional. (...)

Art.108. As Prefeituras Municipais só poderão conceder licença para execução de obras de construção, adaptação ou ampliação, requeridas por entidades médico-assistenciais, após prévio exame e aprovação dos projetos pela autoridade sanitária competente.

Art.109. Para o funcionamento dos estabelecimentos de que tratam os artigos anteriores, será indispensável a licença expedida pelo Departamento Geral de Fiscalização da Secretaria de Estado de Saúde, mediante requerimento da entidade interessada. (...)

Art.111. O diretor técnico que requerer ao Departamento Geral de Fiscalização a competente licença para funcionamento dos estabelecimentos de que tratam os artigos anteriores, deverá pedir baixa de sua responsabilidade quando deixar a direção. (...)

Consulte na íntegra: CPEDOC/CREMERJ

RESOLUÇÃO SES Nº 1.262, DE 08 DE DEZEMBRO DE 1998

Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à Saúde Pública.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Delegar competência para concessão, revalidação e cassação de licença de funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária abaixo relacionados para as Secretarias Municipais de Saúde habilitadas como plenas do sistema municipal e para as consideradas estratégicas pela população residente e quantitativo de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em funcionamento.

(...) II- Serviços médicos, clínicas e ambulatórios:

- a. consultórios;
- b. ambulatórios;
- c. policlínicas;
- d. clínicas sem internação.

III- Serviços ou clínicas odontológicas:

- a. consultórios;
- b. clínicas dentárias ou odontológicas;
- c. policlínicas.

(...)XVI - Veículos de transporte de pacientes. (...)

Art.3º Para o exercício das ações de vigilância sanitária referidas no Art. 1º, os órgãos competentes de vigilância sanitária das Secretarias Municipais de Saúde devem atender às seguintes exigências:

I- ter em seu quadro de pessoal farmacêuticos, médicos, enfermeiros, odontólogos, arquitetos e demais profissionais em quantitativo suficiente para a execução da atividade de inspeção sanitária prévia a concessão e revalidação de licença de funcionamento dos estabelecimentos relacionados no Artigo 1º;
II- possuir área física suficiente, equipamentos, material permanente e de consumo e condições técnico administrativas adequadas para o exercício da atividade de vigilância sanitária e para o arquivamento dos processos referentes à concessão e revalidação de licença de funcionamento de estabelecimentos;
III- ter os formulários oficiais para o desempenho das atividades de ação de vigilância sanitária:

- a) Termo de visita;
- b) Termo de intimidação;
- c) Termo de coleta de amostras;
- d) Termo de notificação;
- e) Termo de inutilização;
- f) Rótulo de Interdição;
- g) Rótulo de Inviolabilidade de Amostras;
- h) Auto de Infração;
- i) Auto de Apreensão e Depósito;
- j) Auto de Multa;
- l) Laudo Técnico de Inspeção;
- m) Boletim de Ocupação e Funcionamento;
- n) Modelo de Assentimento Sanitário;
- o) Modelo de Licença Inicial de Funcionamento;
- p) Modelo de revalidação de Licença de Funcionamento.

Art.4º As Secretarias Municipais de Saúde terão as seguintes atribuições relativas aos estabelecimentos relacionados no Art. 1º:

I- Promover a fiscalização sanitária, exercendo todas as atividades pertinentes, conforme as determinações legais específicas.

II- Conceder assentimento sanitário, licença inicial de funcionamento e revalidação de licença.

III- Proceder a cassação de licença de funcionamento, quando necessário.

IV- Proceder visto em plantas, registro de livros e mapas de controle de medicamentos sob regime de controle especial.

V- Proceder registro de livros de controle do exercício profissional.

VI- Realizar inspeção sanitária dos estabelecimentos prévia à concessão de licença e revalidação de licença e sempre que necessário.

VII- Promover apreensão, interdição ou coleta de amostras para análise fiscal de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, cosméticos e saneantes domissanitários de interesse à saúde pública.

VIII- Manter atualizado e disponível à Secretaria de Estado de Saúde cadastro de estabelecimentos licenciados, classificados por tipo.

IX- Promover cursos de capacitação e reciclagem de recursos humanos em integração com instituições de ensino e pesquisa.

X- Normatizar, em caráter complementar, as ações de vigilância sanitária de sua competência. (...)

Consulte na íntegra: www.saude.rj.gov.br

RESOLUÇÃO SES Nº 1.834, DE 03 DE JULHO DE 2002

Instituir o Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) no âmbito das unidades hospitalares.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Instituir os Núcleos de Vigilância Hospitalar no âmbito das suas unidades hospitalares próprias.

Art.2º Atribuir aos Núcleos; gerenciamento das Comissões: Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuário, Análise de Óbito e Vigilância Epidemiológica.

Parágrafo Único - Os núcleos deverão ser integrados por equipe multidisciplinar, objetivando a melhora continuada dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial do hospital, através de incorporação de técnicas e conceitos advindos da Epidemiologia, do Planejamento, das Ciências Sociais e da Tecnologia de Informação.

Art.3º Os Núcleos de Vigilância Hospitalar serão gerenciados, tecnicamente, pelo Núcleo Central de Vigilância Hospitalar da Superintendência de Saúde Coletiva da SES.

Art.4º O gerente do Núcleo de Vigilância Hospitalar deverá ter nível superior e ser indicado pela direção do hospital entre os componentes do mesmo.

Art.5º Os Núcleos deverão ser estruturados de acordo com a realidade de cada unidade, respeitadas as diretrizes básicas previstas em anexo desta Resolução.

Art.6º Os Núcleos de Vigilância Hospitalar, integrantes das unidades hospitalares, deverão estar subordinados diretamente ao diretor da unidade hospitalar.

Parágrafo Único - Os servidores lotados no NVH não poderão exercer outra atividade que não seja a de atribuição, constante do anexo deste NVH.

Art.7º Caberá aos diretores das Unidades Hospitalares propiciarem o cumprimento desta resolução.
(...)

RESOLUÇÃO SES Nº 2.563, DE 25 DE OUTUBRO DE 2004

Approva relação de documentos necessários para a regularização de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º - Determinar que para o funcionamento dos estabelecimentos abaixo relacionados, localizados neste Estado, é necessária a existência de licença de funcionamento concedida pelo Centro de Vigilância Sanitária desta Secretaria:

- a) Unidade móvel de diálise;
- b) Serviços em terapia de nutrição enteral;
- c) Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas;
- d) Serviços de nutrição parenteral.

§1º Os estabelecimentos mencionados no caput deste artigo deverão solicitar anualmente até 30 de abril a revalidação da licença de funcionamento.

§2º Os demais estabelecimentos relacionados no Anexo I estão regulamentados pelo Decreto nº 1.754

de 14 de março de 1978.

Art.2º Aprovar Relação de Documentos Necessários para a Regularização de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária conforme Anexo I.

(...) **Art.7º** Revogar a Resolução SES nº 1.438, de 29/12/1999.

Consulte na íntegra: www.saude.rj.gov.br

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.613, DE 07 DE FEVEREIRO DE 2001

Disciplina normas para fiscalização do exercício da profissão de Médico e dos serviços médico-assistenciais.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que criem Departamentos de Fiscalização da profissão de médico e de serviços médico-assistenciais.

Art.2º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina, investidos da prerrogativa de fiscalização do exercício profissional médico, que realizem um trabalho permanente, efetivo e direto junto às instituições de serviços médicos, públicas ou privadas.

Art.3º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina, para o perfeito exercício da ação fiscalizadora, que tomem medidas, quando necessárias, em conjunto com as autoridades sanitárias locais, Ministério Público, Judiciário, Conselhos de Saúde e Conselhos de profissão regulamentada.

Art.4º Aprovar as normas e o manual de fiscalização e seus roteiros de vistoria, anexos a esta Resolução.

Art.5º Revogar-se as Resoluções nº 565/73, 687/75 e 1.089/82.

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.613/01 NORMAS PARA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE MÉDICO E DOS SERVIÇOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS

Art.1º Os Conselhos Regionais de Medicina organizarão e manterão, nas áreas de suas respectivas jurisdições, atividades de fiscalização do desempenho técnico e ético da Medicina, através do Departamento de Fiscalização, integrado por médicos fiscais e conselheiros ou delegados, com um diretor escolhido pela Diretoria.

Parágrafo único - O impedimento da realização da vistoria por parte do médico responsável pelo estabelecimento, ou médico presente durante a vistoria, caracterizará infração ética.

Art.2º Compete ao Departamento de Fiscalização:

- a. fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- b. fiscalizar as instituições e estabelecimentos que prestam serviços médico-assistenciais;
- c. fiscalizar a publicidade e anúncios de médicos e de serviços de assistência médica, quaisquer que sejam os meios de divulgação;
- d. manter os registros dos médicos, estabelecimentos médico-assistenciais e dos planos e seguros-saúde devidamente atualizados;
- e. notificar ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho Regional de Medicina, e as autoridades competentes o exercício ilegal da Medicina;
- f. encaminhar ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho Regional as irregularidades

encontradas nas vistorias e não corrigidas dentro dos prazos, para as devidas providências.

Art.3º O médico fiscal deverá ser contratado mediante seleção pública.

Art.4º O cargo de médico fiscal não poderá ser exercido por conselheiro de Conselhos Regional ou Federal de Medicina.

§1º O médico fiscal receberá carteira de identidade funcional.

§2º Por ocasião da fiscalização, o médico fiscal deverá apresentar a sua carteira de identidade funcional e o ofício de apresentação emitido pelo Conselho Regional de Medicina.

Art.5º No exercício de suas atividades, os médicos fiscais adotarão as seguintes providências:

§1º Verificar se os médicos e instituições prestadoras de assistência médica estão devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina.

§2º Lavrar o Termo de Fiscalização.

§3º Lavrar o Relatório da Vistoria, especificando as irregularidades encontradas. Neste relatório constará o Termo de Compromisso, no qual o responsável pelo serviço fiscalizado deverá se comprometer em corrigir as irregularidades, conforme especificado no item "VI", letra "e", do manual de fiscalização.

Art.6º O Termo de Fiscalização será lavrado em duas (2) vias, datadas e assinadas pelo médico fiscal, pelo responsável médico do estabelecimento ou pelo médico presente na vistoria, sendo a primeira via encaminhada ao diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização; e a segunda, ao responsável presente durante a vistoria. Se houver recusa do responsável em assinar o Termo de Fiscalização, o mesmo será assinado por duas testemunhas e o fato constará do Relatório de Vistoria.

Art.7º O Relatório de Vistoria será lavrado pelo médico fiscal e enviado ao conselheiro diretor do Departamento e/ou presidente do Conselho Regional de Medicina, para as devidas providências.

Art.8º O médico fiscal deverá participar de reunião de Diretoria ou Plenária, quando convocado.

Art.9º O diretor do Departamento de Fiscalização, ao encaminhar denúncia ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho, deverá juntar cópia do respectivo processo de fiscalização e, sempre que possível, instruí-lo com os antecedentes do profissional, do estabelecimento ou da organização denunciados, constantes no arquivo do órgão.

Art.10. A regularização da situação do interessado determinará o arquivamento do processo de fiscalização, por despacho do presidente e/ou diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização.

Art.11. A não regularização da situação do interessado determinará a continuidade do processo de fiscalização, por despacho do presidente e/ou diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização.

Art.12. Os documentos do processo de fiscalização serão registrados e arquivados no Departamento de Fiscalização. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 166, DE 31 DE JANEIRO DE 2001

Cria o Departamento de Fiscalização do CREMERJ em cujo âmbito a atual COFIS passa a atuar.

(...) **RESOLVE:**

Art.1º Fica criado o Departamento de Fiscalização do CREMERJ.

Art.2º A Coordenação de Fiscalização (COFIS) do CREMERJ atuará no âmbito do Departamento de Fiscalização.

Art.3º O Certificado de Inscrição de Empresas especificará as atividades da empresa, bem como as

especialidades porventura exercidas em seu âmbito.

§1º A empresa só poderá desenvolver as atividades e/ou especialidades especificadas no Certificado de Inscrição de Empresas.

§2º Em caso de substituição e/ou acréscimo de atividade e/ou especialidades será obrigatória a renovação do Registro e a expedição de novo Certificado de Inscrição de Empresa.

Art.4º As empresas de saúde ao efetivarem seu Registro ou Cadastro serão submetidas obrigatoriamente à fiscalização do CREMERJ.

Art.5º As empresas que apresentarem irregularidades em seu funcionamento serão instadas a providenciar as correções necessárias.

§1º Caso não sejam sanadas as irregularidades constatadas, as empresas serão consideradas reincidentes, tendo seu Registro e/ou Cadastro suspenso, como medida punitiva.

§2º A decisão de suspensão do registro e/ou cadastro será automaticamente comunicada às autoridades sanitárias e aos agentes financiadores.

§3º Independente da suspensão do registro e/ou do cadastro, poderá ser instituído o competente processo ético-profissional.

(...) **Art.6º** A suspensão do Registro e/ou Cadastro será determinada pela Diretoria do CREMERJ por solicitação da Coordenação de Fiscalização (COFIS) do CREMERJ. (...)

Responsabilidade Civil do Médico

Não existe no momento, no mundo inteiro, outra profissão mais visada que a Medicina, chegando a ser uma das mais difíceis de se exercer sob o ponto de vista legal. Já se disse até que o exercício médico estaria seriamente ameaçado pelo risco dos pleitos demandados pelos pacientes. O erro presumido é uma das acusações mais freqüentes.

Há um princípio jurídico segundo o qual todas as pessoas são obrigadas a responder por danos causados a terceiros, a fim de que sejam resguardados os interesses dos indivíduos no seio da coletividade.

O certo é que num hospital onde entram dezenas de doentes haverá sempre um risco, apesar de todos os cuidados empregados em qualquer intervenção cirúrgica, por mais simples e trivial que ela seja. Seria injusto, pois, culpar a instituição ou o médico por um acidente inevitável.

A responsabilidade civil gira em torno de duas teorias: a subjetiva e a objetiva. (FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*. 6. ed., 1994)

1 - O que é Responsabilidade Civil?

Conceituar responsabilidade civil não é fácil, pois se trata de campo jurídico bastante complexo. Porém, pode-se dizer, em estreita síntese, que se trata de instituto jurídico que enseja o dever de alguém em reparar um certo mal que tenha causado a outrem, quer através de uma ação ou omissão.

Vale dizer que sempre que alguém violar um dever preexistente, seja oriundo das normas gerais de conduta ou de um contrato, terá a obrigação de reparar o dano porventura causado em razão de tal violação; isto é a responsabilidade civil.

2 - O que é Responsabilidade Civil Médica?

Por óbvio, a responsabilidade civil médica existirá sempre que um profissional médico, no exercício de sua profissão, através de um ato negligente, imprudente ou imperito, vier a causar dano a outrem.

3 - Como se caracteriza a Responsabilidade Civil Médica ?

Caracteriza-se pela denominada responsabilidade subjetiva, isto é, mediante a comprovação de culpa (postura negligente, imprudente ou imperita). Vale dizer que não basta a existência de um dano e a sua relação de causalidade com o ato médico, sendo fundamental que seja provado, cabalmente, que aquele dano alegado tenha sido causado em razão de ato negligente, imprudente ou imperito do médico.

4 - As entidades de saúde, tais como hospitais, clínicas, laboratórios de análises etc., também são responsabilizadas da mesma forma?

Não. Com o advento do Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/90, a responsabilidade dos

fornecedores de produtos e serviços passou a ser a denominada objetiva, ao contrário da responsabilidade dos médicos.

5 - Qual é a diferença entre a responsabilidade subjetiva e a objetiva?

Em linguagem simples e sucinta, sem rodeios, é que na subjetiva é preciso que seja provada a culpa no atuar. Na responsabilidade objetiva não há este requisito. Basta que exista um dano e o nexo de causalidade entre o dano e a prestação do serviço que surgirá o dever de reparar o dano, independentemente da existência de culpa.

6 - Na prática, qual é a implicação dessas diferenças de responsabilidade?

É que o médico, ao ser processado sob alegação de erro médico, somente terá a obrigação de indenizar a suposta vítima se restar provada a sua culpa, isto é, que agiu com negligência, imprudência ou imperícia. As entidades de saúde terão o ônus de indenizar bastando que haja o dano e o nexo de causalidade.

Via de regra, a entidade de saúde, quando processada, chama o médico envolvido no ato que originou o processo para fazer parte da demanda, através de um procedimento jurídico chamado denúncia à lide, ou ingressa com a denominada ação regressiva contra o médico que entende ter sido o responsável pelo atuar que ensejou o processo.

7 - O que é então a culpa à luz da Responsabilidade Civil?

Culpa é o atuar originário de um procedimento imperito, negligente ou imprudente. Difere do chamado dolo, posto que este se traduz num atuar intencional, ou seja, age com dolo toda a pessoa que lesa alguém com o objetivo prévio de fazê-lo.

8 - Quanto ao médico diretor de um estabelecimento de saúde, qual a sua responsabilidade em razão dos atos praticados pelo corpo médico?

Esse **diretor** é, em última análise, representante legal do estabelecimento, que é uma pessoa jurídica e, por conseguinte, responde objetivamente, independentemente de culpa, podendo ingressar com uma ação contra o médico envolvido na questão. É possível, no entanto, nos casos em que se prove que o médico não é preposto do estabelecimento, mas mero utilizador do espaço para realizar o seu mister, excluir a responsabilidade do estabelecimento, pois nesse caso, não haverá relação de causalidade entre o evento danoso alegado e a prestação do serviço do hospital, ficando evidenciado que a prestação foi exclusiva do médico. Isso em linhas gerais. Somente diante do caso concreto pode-se, avaliando-se os detalhes, se chegar a um retrato mais nítido.

9 - Quer dizer que em razão da chamada Responsabilidade Objetiva as entidades de saúde, clínicas, hospitais etc., sempre pagarão indenização, mesmo que a alegação não tenha nenhum fundamento?

Não. Embora as empresas de saúde sejam responsabilizadas independentemente de culpa, jamais

serão sem o nexo de causalidade entre o evento danoso alegado e a sua prestação de serviço. Mister que haja essa relação causal, sem a qual não há de se falar em responsabilidade civil. É preciso que o serviço prestado seja defeituoso. Por exemplo: se alguém alega ter contraído infecção hospitalar e fica provado que os sintomas existentes são de doença hereditária, é óbvio que a casa de saúde não poderá ser responsabilizada, pois não há relação de causalidade entre o alegado e o serviço prestado pela entidade.

10 - O chefe de equipe médica responde pelos atos praticados dos médicos que estão sob sua subordinação?

Sim. Há várias decisões judiciais entendendo que o cirurgião-chefe, ou mesmo o chefe de equipe médica - em setor de emergência, por exemplo - é responsável pelos atos dos médicos que estão sob o seu gerenciamento.

11 - O que o médico deve fazer ao verificar que no seu local de trabalho não há condições básicas para o exercício da profissão?

Sem dúvida alguma, deve recusar-se a realizar quaisquer procedimentos médicos, devendo comunicar tal acontecimento aos órgãos competentes, assim como à Comissão de Ética e ao Conselho de Medicina da sua região. O Código de Ética Médica regula bem essa matéria nos artigos 22, 23 e 24. (COUTO FILHO, Antonio Ferreira, SOUZA, Alex Pereira. *Responsabilidade civil médica*: orientação profissional. SBCP-RJ, 2001)

Negligência de Hospitais

A negligência caracteriza-se pela inação, indolência, inércia, passividade. É a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem. É um ato omissivo.

Era conceito antigo que o hospital não poderia ser considerado negligente, uma vez que não é ele quem exerce a Medicina.

A Corte Suprema do Colorado, entretanto, condenou um hospital por negligência, em virtude de uma enfermeira ter lesado o nervo ciático de um paciente, de forma irreversível, por lhe ter administrado uma injeção. Nem foi censurado o médico, nem a enfermeira, pois aquela Corte decidiu que o hospital, nas tarefas executadas pelas enfermeiras, é responsável pelos eventos técnicos, principalmente quando essas tarefas não são supervisionadas. O hospital teria direito de puni-la, mas a responsabilidade civil era toda sua.

Quanto ao médico, não cabia nenhuma imputação, pois não é ele quem deve escolher uma enfermeira, nem supervisionar seu trabalho, o que é atribuição exclusiva da administração hospitalar.

Desse modo, pode-se acionar, por negligência, o hospital nas seguintes eventualidades: rejeitar internação de um paciente sem uma devida justificação; alta prematura; lesões sofridas durante o internamento, como traumatismos por queda de cama, queimaduras por instrumentos ou artefatos, ou por erros na administração de um medicamento; infecção hospitalar.

Há até quem considere o hospital responsável pelos atos médicos, principalmente nas demandas civis. Já outros acham que ele apenas responde administrativamente, não lhe cabendo a responsabilidade por aqueles atos, uma vez que a instituição não cura ninguém: tão-somente oferece meios e recursos para que o profissional o faça. (FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito Médico*. 6ª ed., 1994)

**"Dê ao homem saúde e um curso para seguir,
e ele não vai mais parar de questionar se ele é feliz ou não"
(George Bernard Shaw)**

Referências Bibliográficas

BARROS, Marco Antonio de. Sigilo profissional: reflexos da violação no âmbito das provas ilícitas. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 85, n. 733, p. 423-441, nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica (CARM). Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: março 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Notícias da Anvisa. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Estadual do Rio de Janeiro. *Manual do residente*. Rio de Janeiro, 2000.

BRITO, Ana Maria M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de ética médica*. Brasília, 1988.

_____. *Resoluções e pareceres*. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br>>. Acesso em: março 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Manual de fiscalização*. Belo Horizonte, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. *Manual de orientação ética e disciplinar*. Florianópolis, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Manual de diretoria clínica*. São Paulo, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Resoluções e pareceres*. Disponível em: <<http://www.cremerj.org.br>>. Acesso em: março 2006.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Comentários ao código de ética médica*. 3. ed., Rio de Janeiro, 2000.

_____. *Direito médico*. 6. ed., São Paulo, 1994.

LAURENTI, Ruy, JORGE, M. Helena P. de Mello. *O atestado de óbito*. 3. ed., São Paulo, 1996.

MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro, 1991.

NORONHA, E. Magalhães. *Direito penal*. 17. ed., v. 2, 1981.

PERES, Paulo Roberto et al. *Direitos do médico*. São Paulo, 1995.

QUEM é considerado criança e adolescente? Defenda-se SP - Jornal da Tarde. Disponível em: <<http://www.defenda-se.inf.br>>. Acesso em: outubro 2005.

RESPONSABILIDADE civil médica: orientação profissional: guia prático de questões jurídicas nas atividades médicas. A. Couto e Advogados Associados. Rio de Janeiro, 2000.

RIO DE JANEIRO (Estado) Secretaria de Saúde. *Guia SUS cidadão*. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>. Acesso em: março 2006.

SGORJ. *Código de ética do estudante de medicina*. Disponível em: <<http://www.sgorj.org.br>>. Acesso em: maio 2006.