

MANUAL DO DIRETOR TÉCNICO



CREMERJ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

GESTÃO 2003/2008

Diretoria

Fev. 2007 a Set. 2008

Presidente - Márcia Rosa de Araujo, **Primeiro Vice-Presidente** - Renato Brito de Alencastro Graça, **Segundo Vice-Presidente** - Sidnei Ferreira, **Secretário-Geral** - Sergio Albieri, **Diretor Primeiro Secretário** - Pablo Vazquez Queimadelos, **Diretora Segunda Secretária** - Kássie Regina Neves Cargnin, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretor Primeiro Tesoureiro** - Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, **Diretor de Sede e Representações** - Alkamir Issa, **Corregedora** - Marília de Abreu Silva, **Vice-Corregedor** - Carlindo de Souza Machado e Silva Filho.

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 Penteadó 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

6ª edição revista e atualizada

Rio de Janeiro
2007

Manual de Publicidade de Assuntos Médicos

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) 3184-7120

Homepage: www.cremerj.org.br

e-mail: cremerj@cremerj.org.br

Serviço de Informação ao Médico

Tel.: (21) 3184-7142/7268/7270/7267

Revisão, normatização e digitação: Centro de Pesquisa e Documentação

Ricardo José Arcuri

Simone Tosta Faillace (coord.)

Waltencir Dantas de Melo

Estagiários

Cristiano Fernando Castro de Oliveira

Natalia Goldoni Feijó

Rafael Tinoco Madeira Santos

Capa e Diagramação

LV Design

Impressão

Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO CPEDOC-CREMERJ

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Manual do diretor técnico / org. pelo CPEDOC. - 6ª ed. rev. atual. - Rio de Janeiro, 2007.

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

A Lei Federal nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto Federal nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e alterada pela Lei Federal 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, tem os Conselhos editado Resoluções oficiais que, obrigatoriamente, devem ser seguidas por todos os médicos registrados na 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 como objetivo 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 o encargo 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.

Márcia Rosa de Araujo
Presidente do CREMERJ

SUMÁRIO

PARTE I – DIRETOR TÉCNICO

Instituição do Cargo e da Função	p. 11
Atribuições	p. 12
Direitos e Deveres	p. 13

PARTE II – ASPECTOS ÉTICOS

Código de Ética Médica	p. 19
Responsabilidade dos Hospitais	p. 19

PARTE III – COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

Comissão de Ética Médica	p. 25
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	p. 30
Comissão de Revisão de Óbito	p. 30
Comissão de Revisão de Prontuários	p. 31
Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica	p. 32

PARTE IV – REGISTRO E CADASTRAMENTO

p. 37

PARTE V – TEMAS RELACIONADOS

Acomodação e Direito a Acompanhante	p. 49
Administração Hospitalar	p. 53
Aids	p. 55
Alta Médica	p. 57
Anestesia	p. 59
Assistência Materno-Infantil	p. 61
Assistência Perinatal	p. 61
Assistência Pré-Natal	p. 63
Atestado de Óbito	p. 64
Atestado Médico	p. 72
Centro de Parto Normal (Casas de Parto)	p. 76
Cirurgia Plástica	p. 77
Cirurgias e Cirurgões	p. 78
Consulta Médica	p. 83

Corpo Clínico	p. 86
Criança e Adolescente	p. 92
Estabelecimento Asilar	p. 97
Estudantes de Medicina	p. 98
Exames Complementares	p. 102
Internação de Curta Permanência	p. 103
Internação Hospitalar	p. 104
Médico Especialista	p. 105
Médico Estrangeiro	p. 113
Médico Residente	p. 115
Paciente Terminal	p. 124
Plantão Médico	p. 124
Prescrição Médica	p. 135
Profissionais Não-Médicos	p. 135
Prontuário Médico	p. 138
Publicidade Médica	p. 154
Relação Médico-Paciente	p. 155
Relações entre Médicos	p. 161
Remoção de Pacientes	p. 163
Saúde Mental	p. 167
Transfusão de Sangue	p. 172
Unidade Coronariana	p. 173
Unidade de Terapia Intensiva	p. 173
Urgência e Emergência	p. 178
Visita Médica	p. 189

PARTE VI – INSTALAÇÃO DE CLÍNICAS E HOSPITAIS	p. 193
--	---------------

PARTE VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 197
---	---------------

PARTE VIII – ORIENTAÇÕES E ENDEREÇOS	p. 201
---	---------------

PARTE I
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 Federal 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:

“**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.”

O artigo 15, da **Lei Federal nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961**, prevê ainda:

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

As principais Resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre o assunto rezam:

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.352, DE 17 DE JANEIRO DE 1992 - 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 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.

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 (...).”

A **substituição** do Diretor Técnico está definida pelos artigos 11 e 12 da **Resolução CFM nº 1.716/2004**.

ATRIBUIÇÕES

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.

Como atribuições do **Diretor Técnico**, a Resolução CFM nº 1.342/91 determina que:

“**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. (...)

Dentre outras:

1 - As atribuições do **Diretor Técnico** também 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

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.

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 descuidar 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.

PARTE II
ASPECTOS ÉTICOS

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

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08 DE JANEIRO DE 1988

Aprova o Código de Ética Médica.

(...) **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.

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

(...) **CAPÍTULO VIII - REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL**

É vedado ao médico:

Art. 96. Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.

Art. 97. Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais. (...)

RESPONSABILIDADE DOS 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 respon-

sabilidade por aqueles atos, uma vez que a instituição não cura ninguém: tão-somente oferecem meios e recursos para que o profissional o faça.

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. (FRANÇA, Genival Veloso de. Direito Médico. 6ª ed., 1994)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 24, DE 27 DE FEVEREIRO DE 1989

Dispõe sobre a responsabilidade ética nas instituições médicas.

(...) **RESOLVE:**

Estabelecer as seguintes normas gerais que devem caracterizar o exercício ético-profissional do trabalho médico em instituições assistenciais e hospitalares, públicas ou privadas.

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 a população o perfil do atendimento de suas instituições.

Parágrafo 1º. A modificação deste perfil, mesmo que temporária, deve ser divulgada, da mesma forma e com antecedência, à população e às demais instituições.

Parágrafo 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. (...)

PARTE III
COMISSÕES
OBRIGATÓRIAS

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. (...)

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. 3º (Alterado pela Resolução CREMERJ nº 107, de 1º de junho de 1996).**

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 4º (Alterado pela Resolução CREMERJ nº 74, de 30 de março de 1994)

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. 13. (Alterado pela Resolução CREMERJ nº 107, de 1º de junho de 1996)

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. 16. (Alterado pela Resolução CREMERJ nº 43, de 27 de abril de 1992)

Art. 17. O CREMERJ designará uma Comissão Eleitoral composta por 03 (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. (Alterado pela Resolução CREMERJ nº 107, de 1º de junho de 1996)

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: **(Alterado pela Resolução CREMERJ nº 74, de 30 de março de 1994).**

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

seguinte redação: **(Alterado pela Resolução CREMERJ nº 107, de 1º de junho de 1996)**

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 (Alterado pela Resolução CREMERJ nº 107, de 1º de junho de 1996)

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 1º 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.” (...)

PARECER CREMERJ Nº 177, DE 16 DE OUTUBRO DE 2006

Questão relativa à instauração de sindicância interna para apuração de falha na conduta ética de médicos.

EMENTA: Somente os Conselhos Regionais de Medicina têm respaldo legal para instauração de sindicâncias com o fim de apurar o cometimento de falha ética por médicos.

PARECER: Conforme legislação em vigor - Lei nº 3.268/57, art. 15, letra d - a instauração de sindicância para investigação de eventual falha na conduta ética de médicos é atribuição dos Conselhos Regionais de Medicina, os quais, em conjunto com o Conselho Federal de Medicina, são os órgãos supervisores da ética profissional em todo o país e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica.

Anota-se que a direção hospitalar, ou pessoa legitimamente interessada, poderá acionar a Comissão de Ética Médica da instituição para instauração de sindicância interna, que depois de instruída será encaminhada a este Conselho Regional para providências cabíveis, ou seja, para prosseguimento ou arquivamento.

Portanto, ao se deparar com possível falha ética cometida por médicos, deve ser formalizada denúncia junto ao respectivo Conselho Regional de Medicina para instauração de sindicância. Cumpre salientar que não são aceitas denúncias anônimas, por correio eletrônico ou por fax. É o parecer, s. m. j.

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.

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 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 CREMERJ Nº 41, DE 07 DE FEVEREIRO DE 1992

Dispõe sobre a Comissão de Revisão de Prontuários.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Tornar 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. (...)

COMISSÃO REVISORA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

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 sete (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. (...)

PARTE IV
REGISTRO E
CADASTRAMENTO

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.

REGISTRO - É a inscrição, no CREMERJ, das empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores ou intermediadores de assistência à saúde com personalidade jurídica de direito privado, nos termos do art. 3º da Resolução CFM nº 1.716/2004 e seu parágrafo único. O registro está sujeito ao recolhimento de anuidades e taxas nos termos dos artigos 14 a 18, 19 e parágrafo único da referida resolução.

Estão obrigadas ao registro:

- As empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares de diagnóstico e/ou tratamento;
- As empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatórios para assistência médica aos seus funcionários, afiliados e familiares;
- As cooperativas de trabalho e serviço médico;
- As operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos de autogestão e as seguradoras especializadas em seguro-saúde;
- As organizações sociais que atuam na prestação e/ou intermediação de serviços de assistência à saúde;
- Serviços de remoção, atendimento pré-hospitalar e domiciliar;
- Empresas de assessoria na área de saúde;
- Centros de pesquisa na área médica;
- Empresas que comercializam serviços na modalidade de administradoras de atividades médicas.

Importante

- O estabelecimento de saúde, bem como seu Diretor Técnico e membros societários (médicos) deverão estar quites com suas anuidades;
- O corpo clínico do estabelecimento deverá estar com a situação regular junto ao CREMERJ;
- O estabelecimento de saúde que contar com o número igual ou superior a 16 (dezesseis) médicos deverá estar com sua Comissão de Ética Médica registrada junto ao CREMERJ. (Resolução CFM nº 1.657/2002, CREMERJ nº 2/84, nº 3/84, nº 42/92, nº 43/92, nº 74/94 e nº 107/96);
- O estabelecimento de saúde que contar com o número igual ou superior a 20 (vinte) médicos deverá estar com seu regimento interno e corpo clínico aprovado e registrado junto ao CREMERJ. (Resolução CFM nº 1.481/1997);
- O estabelecimento de saúde que contar com o número igual ou superior a 20 (vinte) médicos deverá estar com sua Comissão de Revisão de Prontuários registrada junto ao CREMERJ. (Resolução CFM nº 1.638/2002, CREMERJ nº 41/92);
- O estabelecimento que atuar no ramo de cuidados médicos domiciliares (Home Care) deverá estar com o seu regimento interno registrado junto ao CREMERJ. (Resolução CFM nº 1.668/2003);
- Os estabelecimentos de saúde classificados como Hospital, Clínica e Policlínicas, deverão estar com a Comissão de Revisão de Óbito registrada junto ao CREMERJ. (Resolução CREMERJ nº 40/92);

- O estabelecimento de saúde que efetuar internações psiquiátricas deverá estar com a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica registrada junto ao CREMERJ. (Resolução CREMERJ nº 115/97);
- Os estabelecimentos de saúde que receberem alunos para estágio deverão estar cadastrados no CREMERJ. (Resolução CREMERJ nº 78/94, nº 158/00 e nº 165/01);
- É obrigatória a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os estabelecimentos de saúde e seus respectivos programas, que deverão estar registradas junto ao CREMERJ. (Resolução CREMERJ nº 83/95).

O estabelecimento de saúde mantido por órgão público (Federal, Estadual ou Municipal) autarquias e fundações públicas, bem como aquele mantido por associações de pais e amigos de excepcionais e deficientes, estão isentos do recolhimento de anuidade e taxas. (Art. 13 da Resolução CFM nº 1.716/2004).

A renovação anual do CART/CIE é obrigatória para todos os estabelecimentos de saúde.

CADASTRO - É a inscrição, no CREMERJ, dos estabelecimentos hospitalares e de saúde, mantidos pela União, estados-membros, municípios, bem como suas autarquias e fundações públicas, consoante com a Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980 e ao art. 2º do anexo da Resolução CFM nº 1.716/2004.

Importante

- O Diretor Técnico deverá estar quite com suas anuidades;
- O corpo clínico do estabelecimento deverá estar com a situação regular junto ao CREMERJ;
- O estabelecimento de saúde que contar com o número igual ou superior a 16 (dezesesseis) médicos deverá estar com sua Comissão de Ética Médica registrada. (Resolução CFM nº 1.657/2002 CREMERJ nº 2/84, nº 3/84, nº 42/92, nº 43/92, nº 74/94 e nº 107/96);
- O estabelecimento de saúde que contar com o número igual ou superior a 20 (vinte) médicos deverá estar com seu regimento interno e corpo clínico aprovado e registrado junto ao CREMERJ. (Resolução CFM nº 1.481/1997);
- O estabelecimento de saúde que contar com o número igual ou superior a 20 (vinte) médicos deverá estar com sua Comissão de Revisão de Prontuários registrada junto ao CREMERJ. (Resolução CFM nº 1.638/2002 e CREMERJ nº 41/92);
- O estabelecimento que atuar no ramo de cuidados médicos domiciliares (Home Care), deverá estar com o seu regimento interno registrado junto ao CREMERJ. (Resolução CFM nº 1.668/2003);
- Os estabelecimentos de saúde classificados como Hospital, Clínica e Policlínica, deverão estar com a Comissão de Revisão de Óbito registrada junto ao CREMERJ. (Resolução CREMERJ nº 40/92);
- O estabelecimento de saúde que efetuar internações Psiquiátricas deverá estar com a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica registrada junto ao CREMERJ. (Resolução CREMERJ nº 115/97);
- Os estabelecimentos de saúde que receberem alunos para estágio deverão estar cadastrados no CREMERJ. (Resolução CREMERJ nº 78/94, nº 158/00 e nº 165/01);
- É obrigatória a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os estabelecimentos de saúde e seus respectivos programas, que deverão estar registradas junto ao CREMERJ. (Resolução CREMERJ nº 83/95).

O estabelecimento de saúde mantido por órgão público (Federal, Estadual ou Municipal) autarquias e fundações públicas, bem como aquele mantido por associações de pais e amigos de excepcionais e deficientes, estão isentos do recolhimento de anuidade e taxas. (Art. 13 da Resolução CFM nº 1.716/2004).

A renovação anual do CART/CIE é obrigatória para todos os estabelecimentos de Saúde.

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 FEDERAL Nº 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina.

(...) **Art. 1º** O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Art. 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

(...) **Art. 5º** São atribuições do Conselho Federal:

j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; (Incluído pela Lei Federal nº 11.000, de 2004) (...)

DECRETO FEDERAL Nº 44.045, DE 19 DE JULHO DE 1958

Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei Federal nº 3.268/57.

REGULAMENTO A QUE SE REFERE A LEI Nº 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

CAPÍTULO II

DAS TAXAS, CARTEIRAS PROFISSIONAIS E ANUIDADES

(...) **Art. 7º** Os profissionais inscritos de acordo com o que preceitua a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, ficarão obrigados ao pagamento de anuidade a serem fixadas pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1º - O pagamento da anuidade será efetuado até o dia 31 do mês de março de cada ano, salvo no

primeiro ano, quando será feito na ocasião da expedição da carteira profissional do interessado.

§ 2º - O pagamento de anuidades fora do prazo prescrito no parágrafo antecedente será efetuado com acréscimo de 20% (vinte por cento) da importância fixada.

Art. 8º Os profissionais inscritos na forma da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 pagarão no ato do pedido de sua inscrição uma taxa de inscrição fixada pelo Conselho Federal de Medicina. (...)

LEI FEDERAL 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. 5º** A denominação dos estabelecimentos de saúde deve estar de acordo com os conceitos definições postos em vigor pelo Ministério da Saúde.

(...) **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.

des, 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 àque-la 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 03 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. (...)

Consulte na íntegra: www.portalmédico.org.br

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.722, DE 18 DE JUNHO DE 2004

Veda aos médicos prestarem serviços aos 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 aos 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 22, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2006

Registro profissional e pagamento de anuidade por profissionais médicos que atuam em cooperativa médica localizada em fronteira estadual.

EMENTA: Os médicos têm a obrigatoriedade de pagar anuidade apenas no Conselho de Medicina do Estado em que exercem a profissão, independentemente da área de abrangência da empresa (cooperativa) em que é sócio, com exceção da própria empresa e do seu diretor técnico. (...)

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, as 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 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. (...)

PARTE V

TEMAS RELACIONADOS

LEI FEDERAL Nº 11.108, DE 07 DE ABRIL DE 2005

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

(...) **Art. 1º** O Título II “Do Sistema Único de Saúde” da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII “Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”, e dos arts. 19-J e 19-L:

“CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (...)

PORTARIA GM/MS Nº 280, DE 07 DE ABRIL DE 1999

Acompanhamento de idosos em hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados.

§ 1º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 2º No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Estabelecer que ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no Art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contra-indicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente. (...)

PORTARIA GM/MS Nº 2.418, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2005

Regulamenta em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Regular, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 06 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria. (...)

LEI ESTADUAL Nº 2.472, DE 07 DE DEZEMBRO DE 1995

Garante o livre acesso nas enfermarias para crianças nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro, da mãe, ou responsável pelo menor ali internado.

Art. 1º Fica autorizado o livre acesso nas enfermarias dos hospitais do Estado do Rio de Janeiro, na condição de acompanhantes, da mãe ou responsável pelo menor ali internado.

§ 1º Estende-se a autorização às organizações conveniadas, casas de Saúde particulares ou similares.

§ 2º Quando o estabelecimento for próprio para tratamento de doenças infecto-contagiosas, a autorização dependerá de parecer médico. (...)

LEI ESTADUAL Nº 3.411, DE 29 DE MAIO DE 2000

Garante a permanência de acompanhantes de pessoas portadoras de deficiência física ou sensorial nos casos de internações em estabelecimentos de saúde, nas condições que especifica.

Art. 1º Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um parente direto ou responsável nos casos de internação de pessoas portadoras de deficiência física ou sensorial.

Parágrafo único. Considera-se pessoa portadora de deficiência física ou sensorial para os efeitos desta Lei:

a) Pessoas que apresentem redução ou ausência de função física: tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, monoplegia, diplegia, membros com deformidade congênita ou adquirida, não produzida por doenças crônicas e/ou degenerativas. Não se enquadram no item **a** as deformidades estéticas ou as que não produzem dificuldades para execução de funções;

b) Pessoas que apresentem ausência ou amputação de membros. Não se enquadram no item **b** os casos de ausência de um dedo por mão e a ausência de uma falange por dedo, exceção feita ao hálux; os casos de artelho por pé e a ausência de uma falange por artelho, exceção feita ao primeiro artelho por pé;

c) Pessoas que apresentem deficiência auditiva;

d) Pessoas que apresentem deficiência visual classificadas em:

d-1) Cegueira para aqueles que apresentam ausência total de visão

d-2) Ambliopia para aqueles que apresentam deficiência de acuidade visual de forma irreversível

e) Pessoas que apresentam paralisia cerebral;

f) Pessoas portadoras de Síndrome de Down;

- g) Pessoas portadoras da doença de Parkson;
- h) Pessoas portadoras de deficiência mental; e
- i) Pessoas com reconhecida dificuldade de locomoção.

Art. 2º Em caso de absoluta necessidade médica poderá o estabelecimento vedar, temporariamente, a permanência do acompanhante do portador de deficiência física ou sensorial devendo, neste caso, o médico responsável registrar tal fato no prontuário do paciente.

Art. 3º Os acompanhantes de pessoas portadoras de deficiência física ou sensorial submeter-se-ão as regras internas dos estabelecimentos de saúde para os casos de acompanhantes em geral.

Art. 4º Fica vedada a cobrança de despesas de acompanhantes a qualquer pretexto, salvo nos casos de alimentação que para o acompanhante será opcional. (...)

PARECER CFM Nº 07, DE 14 DE JUNHO DE 2007

Presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

EMENTA: A presença de acompanhante para mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto, embora prevista em lei, deve obedecer aos princípios da privacidade, sem os quais inviabiliza-se o cumprimento da lei.

PARECER: É compreensível a preocupação do Dr. L. S., que nos parece ser um obstetra, frente à realidade do atendimento em muitos hospitais, aliado ao cenário natural de um nascimento para um acompanhante leigo. Tradicionalmente, as maternidades dos serviços públicos e conveniados pelo SUS atendem a elevado número de partos por dia e têm as acomodações de pré-parto coletivas. Nesses locais, não é raro faltar roupa apropriada para as parturientes. Há também a necessária rotina de exames periódicos, quando a presença de um marido ou outro acompanhante leigo poderia causar constrangimento às demais.

Durante o parto, muitas vezes, se torna necessário executar manobras - como a dilatação manual do períneo; a extração à fórceps, por exemplo - que poderão causar impacto emocional desagradável para o olhar de um acompanhante leigo que presencia situação até então inédita. No entanto, é indiscutível que o nascimento é um momento afetivo que envolve a família. A autorização da presença de familiar, principalmente a do pai, fortalece as relações familiares e a paternidade responsável.

Com relação a essa presença, a portaria regulamentadora estabeleceu em seu artigo 2º o prazo de seis meses - vencido em 06 de junho de 2006 - para que os hospitais públicos e conveniados tomem as providências necessárias para sua consecução.

Sendo o nascimento de uma criança um momento de intimidade e privacidade, acredito que o constante no art. 2º da regulamentação da referida lei implica na existência e condições para o atendimento individualizado, ou seja, salas de pré-parto e de parto individuais.

Acredito que compete ao SUS cobrar pela execução destas condições, pois o não cumprimento deste princípio de privacidade fará da Lei nº 1.108/05 um simples documento de intenções.

Cabem ainda, neste parecer, sugestões para os obstetras no sentido da observação dos cuidados relacionados à presença dos acompanhantes durante as várias fases do parto, preparando-os com explicações e orientações antecipadas.

Logicamente, nunca é demais lembrar que estabelecer um bom relacionamento com a parturiente e seu acompanhante certamente evitará muitos aborrecimentos para o profissional responsável pelo ato do nascimento: o próprio médico. Este é o parecer, s.m.j.

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.

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, arguiu 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 o 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.

PARECER CREMERJ Nº 184, DE 13 DE JUNHO DE 2007

Acerca do direito a acompanhante em trabalho de parto.

EMENTA: Anota que, apesar da garantia legal, o estabelecimento hospitalar pode não permitir a presença de acompanhante de gestante em trabalho de parto, caso isso represente violação aos direitos das outras pacientes, ou prejuízo ao atendimento dela própria.

PARECER: Preliminarmente, cumpre esclarecer que, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Outrossim, caso o acompanhante adote um comportamento inconveniente, impróprio para o ambiente hospitalar e capaz de prejudicar o atendimento prestado, o médico assistente - ou a Direção Técnica do estabelecimento - tem autoridade para não mais permitir aquela presença, por ser ela danosa às pacientes em geral, bem como à própria paciente, além de comprometer o desempenho dos profissionais que ali estão.

O Grupo de Trabalho Materno Infantil do CREMERJ aprovou os termos do presente Parecer, ressaltando que deve ser sempre observado o direito de privacidade das outras pacientes, que não pode jamais ser violado, por ser garantido pela Constituição Federal, conforme disposto no artigo 5º, inciso X, abaixo transcrito:

“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:

(...) X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;” É o parecer, s.m.j.

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

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 as 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 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 tranqüilidade dos pacientes devem sempre ser preservados. (...)

A I D S

Pela Constituição da República Federativa do Brasil, os portadores do HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos, tais como dignidade humana e acesso à saúde pública e, por isso, estão amparados pela lei. Em defesa dos grupos mais vulneráveis a discriminação - como é o caso de homossexuais, mulheres, negros, crianças, portadores de doenças crônicas infecciosas, idosos, portadores de deficiência, entre outros - há no Brasil Legislação focada nos direitos da pessoa humana, direitos, estes, fundamentais, assegurados pela Carta Magna do País. (Fonte: www.aids.gov.br)

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 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. (...)

ALTA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.493, DE 15 DE MAIO DE 1998

(...) **RESOLVE:**

1 - Determina ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde que tome 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. (...)

PARECER CFM Nº 33, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000

ASSUNTO: Alta médica hospitalar.

EMENTA: O médico não deve conceder alta a paciente de que cuida quando considerar que isso pode acarretar-lhe risco de vida. Se os responsáveis ou familiares do doente, no desejo de transferi-lo, não se convencerem do acerto da conduta do médico, deve este transferir a assistência que vinha prestando para outro profissional indicado ou aceito pela família, documentando as razões da medida.

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. 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: (...) 1) Se o paciente, de plena posse de suas faculdades mentais, recusa internação, o médico deve, munindo-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 vonta-

de 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 aut 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 papelada 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 162, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Questão relativa à alta hospitalar por indisciplina.

EMENTA: Ressalta que, depois de 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, depois de 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.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.355, DE 14 DE AGOSTO DE 1992

Estabelece parâmetro mínimo de segurança para concentração de oxigênio utilizado em hospitais.

(...) **CONSIDERANDO** ser dever do Médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que afetem ou concorram para prejudicar sua saúde;

CONSIDERANDO que o médico investido em função de Direção tem o dever de assegurar as condições necessárias para o desempenho ético-profissional da medicina; (...)

(...) **RESOLVE:**

1 - Estabelecer, como parâmetro mínimo de segurança, a concentração de oxigênio igual ou maior que 92% para a utilização hospitalar, devendo tal valor integrar a farmacopéia brasileira.

2 - Aprovar os seguintes padrões mínimos para a instalação e funcionamento das usinas concentradoras de oxigênio. **Consulte na íntegra:** www.portalmedico.org.br

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.670, DE 13 DE JUNHO DE 2003

Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Nos ambientes em que se praticam procedimentos sob “sedação consciente” ou níveis mais profundos de sedação devem estar disponíveis:

I. Equipamentos adequados para a manutenção da via aérea permeável, bem como a administração de oxigênio em concentração superior à da atmosfera;

II. Medicamentos para tratamento de intercorrências e eventos adversos sobre os sistemas cardiovascular e respiratório;

III. Material para documentação completa do procedimento, devendo ficar registrado o uso das medicações, suas doses e efeitos;

IV. Documentação com critérios de alta do paciente.

Parágrafo 1º Deve-se dar ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, instruções relativas aos cuidados sobre o período pós-procedimento, bem como informações para o atendimento de emergências eventuais.

Parágrafo 2º Todos os documentos devem ser assinados pelo médico responsável.

Art. 2º O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico.

Art. 3º Todas as unidades que realizarem procedimentos sob sedação profunda devem garantir os meios de transporte e hospitais que disponham de recursos para atender a intercorrências graves que porventura possam acontecer. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.802, DE 04 DE OUTUBRO DE 2006

Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a Resolução CFM nº 1.363/1993.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Determinar aos médicos anesthesiologistas que:

I - Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anesthesiologista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;

b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anesthesiologista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;

c) o médico anesthesiologista que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II - Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, deve o médico anesthesiologista manter vigilância permanente a seu paciente.

III - A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXO I).

IV - É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

V - Para a prática da anestesia, deve o médico anesthesiologista avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança. (...)

PARECER CREMERJ Nº 138, DE 04 DE JULHO DE 2003

**Questões relativas ao início de ato anestésico sem
a presença do cirurgião responsável pela equipe.**

EMENTA: O anesthesiologista só deve começar o ato anestésico se houver, no local, uma equipe capacitada a executar todo o ato cirúrgico proposto.

CONSULTA: O Dr. B. W. consulta o CREMERJ a fim de receber orientações acerca do início de ato anestésico, autorizado pelo cirurgião responsável, mesmo sem sua presença, devido a um atraso, permanecendo o paciente anestesiado por 45 minutos à espera do cirurgião principal, visto que não havia na Equipe outro que viesse a substituí-lo.

PARECER: A Câmara Técnica de Anesthesiologia do CREMERJ esclarece que o anesthesiologista só deve começar o ato anestésico se houver, no local, uma equipe capacitada a executar todo o ato cirúrgico proposto, desde que expressamente autorizado pelo cirurgião responsável. É o parecer; s.m.j.

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 06 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. (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 Nº 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 exanguíneo 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. **Consulte na íntegra:** www.cremerj.org.br

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. (**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 soroló-

gico 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 antitetânica 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. (...) **Consulte na íntegra:** www.cremerj.org.br

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 dado 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. (Fonte: LAURENTI, Ruy, JORGE, Maria Helena P. de Mello. *O atestado de óbito*. 2004).

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.

(...) **RESOLVE:**

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 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 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.

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 (revogada pela Resolução CFM nº 1.671/2003), 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 pelepas 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 (...). É o parecer que submeto à apreciação do Plenário do Conselho Federal de Medicina.

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. (...)

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. (...) 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 arguir 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 Consultante:

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 qual-

quer 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.

A T E S T A D O M É D I C O

O atestado é parte integrante de todo ato médico. É um dos documentos mais importantes emitido por um profissional da saúde. É 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 depositem confiança, o atestado médico é verdadeiro por presunção e sua recusa propicia o oferecimento de reclamações tendentes à garantia dos direitos representados pela declaração.

LEI FEDERAL Nº 605, DE 05 DE JANEIRO DE 1949

Repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos.

(...) **RESOLVE:**

(...) f) a doença do empregado, devidamente comprovada.

§ 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 da empresa ou por ela designado; de médico a serviço de repartição federal, estadual ou municipal, incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes, na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha. (Redação dada pela Lei nº 2.761, de 26/04/56) (...)

LEI ESTADUAL Nº 1.311, DE 07 DE JUNHO DE 1988

Torna obrigatório, no Estado do Rio de Janeiro, o uso de letra de forma nos documentos que menciona.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Os profissionais da área de saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e odontólogos vinculados aos órgãos e entidades integrantes da Administração Estadual, Direta e Indireta, e de Fundações supervisionadas, usarão, obrigatoriamente, letra de forma nos seguintes documentos:

I - receitas e atestados;

II - prontuários de pacientes internados em hospitais, casa de saúde e de pacientes externos, em acompanhamento ambulatorial.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08 DE JANEIRO DE 1988

Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

(...) **Capítulo X - Atestado e Boletim Médico**

É vedado ao médico:

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 111. Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único: O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.

Art. 113. Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

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.

Art. 116. Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 117. Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal. (...)

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. (...)

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.

Art. 2º É vedado às empresas elencadas no artigo anterior a limitação do número de consultas e procedimentos médicos, por tratar-se de exclusiva decisão do médico assistente do paciente. (...)

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.

CONSULTA: Atende a consulta sobre a obrigatoriedade ou não do uso do carimbo do médico nas folhas de evolução, prescrição e solicitação de exames complementares.

PARECER: Em relação à solicitação do consultante sobre a obrigatoriedade do carimbo do médico nas folhas de evolução, prescrição e solicitação de exames complementares, a equipe de processos consulta resolve:

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 113, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2002

Questões relativas a atestados médicos sem oposição 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. (...)

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 mais de 14 casas de parto (ou Centros de Parto Normal, como são chamadas na portaria do Ministério da Saúde). 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 os de Brasília têm médicos em seus quadros, mas não é obrigatório (**Fonte:** www.folha.com.br)

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. (...)

LEI FEDERAL Nº 9.797, DE 06 DE MAIO DE 1999

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva.

Art. 2º Cabe ao Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista no art. 1º utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.483, DE 11 DE SETEMBRO DE 1997

Dispõe dos procedimentos médicos para reconstrução mamária.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º A reconstrução mamária, sempre que indicada com a finalidade de corrigir deformidade conseqüente de mastectomia parcial ou total é parte integrante do tratamento da doença para a qual houve indicação de mastectomia.

Art. 2º A indicação e a técnica devem ser definidas pelo cirurgião como a que melhor se aplica ao caso, podendo utilizar-se de tecidos do próprio indivíduo ou inclusão de materiais não-orgânicos (próteses de silicone ou expansores) ou, ainda, qualquer outro material que venha a ser aplicável, desde que aprovado pelos órgãos competentes.

Art. 3º Os procedimentos na mama contralateral e as reconstruções do complexo aréolo-mamilar são também parte integrante do tratamento. (...)

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 1.711, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2003

Estabelece parâmetros de segurança que devem ser observados nas cirurgias de lipoaspiração, visando garantir ao paciente o direito de decisão pós-informada e aos médicos, os limites e critérios de execução.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Reconhecer a técnica de lipoaspiração como válida e consagrada dentro do arsenal da cirurgia plástica, com indicações precisas para correções do contorno corporal em relação à distribuição do tecido adiposo subcutâneo. (...)

C I R U R G I A S E C I R U R G I Õ E S

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.490, DE 13 DE FEVEREIRO DE 1998

Dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e da responsabilidade direta do cirurgião titular.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados.

Art. 2º É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a segurança e eficácia do ato.

Art. 3º É lícito o concurso de acadêmico de medicina na qualidade de auxiliar e de instrumentador cirúrgico em unidades devidamente credenciadas pelo seu aparelho formador e de profissional de enfermagem regularmente inscrito no Conselho de origem, na condição de instrumentador, podendo esse concurso ser estendido também aos estudantes de enfermagem.

Art. 4º Deve ser observada a qualificação de um auxiliar médico, pelo cirurgião titular, visando ao eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico.

Art. 5º O impedimento casual do titular não faz cessar sua responsabilidade pela escolha da equipe cirúrgica. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.536, DE 11 DE NOVEMBRO DE 1998

Normatiza áreas de competência em cirurgia do médico e do cirurgião dentista.
Revoga-se a Resolução CFM nº 852/78.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia, visando a adequada segurança do resultado, a equipe cirúrgica deve ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião-dentista, sempre sob a chefia do médico.

Art. 2º É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório.

Art. 3º Os médicos anesthesiologistas só poderão atender as solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos a cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos (...).

Parágrafo único - A realização de ato anestésico cirúrgico-ambulatorial deve obedecer aos critérios contidos na Resolução CFM nº 1.409/94.

Art. 4º Nas situações que envolvam procedimentos em pacientes politraumatizados, é dever do médico plantonista do Pronto-Socorro, após prestado o atendimento inicial, definir qual área especializada terá prioridade na seqüência do tratamento.

Art. 5º Ocorrendo o óbito do paciente submetido à cirurgia buco-maxilo-facial, realizada exclusivamente por cirurgião-dentista, o atestado de óbito será fornecido pelo serviço de patologia, de verificação de óbito ou pelo Instituto Médico Legal, de acordo com a organização institucional local e em atendimento aos dispositivos legais.

Art. 6º Quando da internação de paciente sob os cuidados do cirurgião-dentista não se aplica o dispositivo da Resolução CFM nº 1.493/98.

Art. 7º Revoga-se a Resolução CFM nº 852/78.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.653, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2002

Demonstrações Cirúrgicas ao Vivo.

(...) **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.

Art. 3º A equipe responsável pela demonstração cirúrgica devem ter um cirurgião residente na cidade em que se realizará o procedimento, também explicitado no documento entregue e protocolizado junto ao CRM, destacando um responsável principal, que será solidário na indicação, preparo pré-operatório e cuidados pós-operatório, bem como pelo tratamento de eventuais complicações após o cirurgião convidado se retirar da cidade.

Parágrafo 1º - Ao médico responsável residente na cidade e acima citado, cabe protocolizar no Conselho Regional de Medicina os documentos citados nesta resolução.

Parágrafo 2º - Não há prejuízo em relação a apurações sobre a atuação do cirurgião convidado, quando necessárias, garantindo o direito de defesa e o contraditório.

Art. 4º Os pacientes que serão submetidos aos atos cirúrgicos de demonstrações devem ser informados que participam deste tipo de evento e que na ausência do cirurgião convidado terão a assistência garantida na figura do cirurgião responsável residente na cidade, e devem dar por escrito suas autorizações e ciência desses fatos.

Art. 5º As documentações acima citadas devem ter cópias anexas aos prontuários dos respectivos pacientes. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.766, DE 13 DE MAIO DE 2005

Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Normatizar, nos termos dos itens do anexo desta resolução, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Art. 2º Novos procedimentos serão analisados pela Câmara Técnica sobre Cirurgia Bariátrica para Tratamento de Obesidade Mórbida.

Art. 3º O paciente e seus familiares devem ser esclarecidos sobre os riscos da Cirurgia e a conduta a ser tomada no pós-operatório.

Consulte na íntegra: www.portalmédico.org.br

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.804, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2006

Estabelece normas para a utilização de materiais de implante.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Todos os implantes terão seu uso sob a supervisão e responsabilidade do diretor técnico das instituições hospitalares, cuja autoridade poderá ser delegada a outro médico mediante expediente interno.

Parágrafo único. A responsabilidade prevista no *caput* deste artigo é extensiva aos médicos que indicam e realizam os procedimentos de colocação dos implantes.

Art. 2º Com o fito de bem desempenhar esta função, o médico por ela responsável tomará por base as normas/regras listadas no *Manual de Boas Práticas de Recepção de Materiais de Implante em Centro de Materiais* (Anexo X), elaboradas pela supracitada Câmara Técnica, em conformidade com a Anvisa/MS e legislação vigente, anexa a esta resolução, devendo recusar os materiais que nela não se enquadrem.

Art. 3º As etiquetas de identificação dos produtos, que deverão conter seus dados completos de fabricação, bem como a declaração de origem firmada pelo distribuidor, co-responsável pelos mesmos, passarão a fazer parte obrigatória do prontuário do paciente, onde ficarão arquivadas pelo tempo legal exigido.

Art. 4º Ao médico assistente, responsável direto pelo procedimento, cabe a obrigação de comunicar ao diretor técnico quaisquer defeitos ou falhas na qualidade do produto ou em seu instrumental de implante. (...)

Consulte na íntegra: www.portalmédico.org.br

PARECER CFM Nº 06, DE 13 DE SETEMBRO DE 1996

Instrumentador Cirúrgico.

EMENTA: A instrumentação cirúrgica pode ser exercida por qualquer profissional de saúde devidamente qualificado e com formação adequada. Instrumentadores e profissionais de outras categorias não integram a equipe médica, estando, no entanto, sob a coordenação do cirurgião principal. (...)

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/a 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 166, DE 17 DE JULHO DE 2006

Questão relativa à prática da instrumentação cirúrgica.

EMENTA: Por não ser a instrumentação cirúrgica uma profissão regulamentada, e por não ser esta atividade ato privativo dos profissionais de enfermagem, pode o médico treinar uma pessoa de sua confiança para atuar como seu instrumentador durante o ato cirúrgico, sem que esteja incorrendo em ilícito ético ou legal.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. L. L., o qual deseja ser esclarecido acerca da existência de legislação relativa à função de instrumentador cirúrgico. Indaga se este auxiliar deve, obrigatoriamente, ter curso de instrumentação cirúrgica e/ou de técnico de enfermagem; e, ainda, se pode uma pessoa leiga, treinada, realizar esta atividade sem que a situação seja considerada irregular ou ilegal.

PARECER: Conforme disposto na Resolução CFM nº 1.490/98, a composição da equipe cirúrgica é responsabilidade direta do cirurgião titular, que tem autonomia para escalar auxiliares de sua confiança, em favor da segurança e eficácia do ato cirúrgico, desde que respeitadas as normas legais e éticas vigentes.

É bom ressaltar que a Constituição da República, no artigo 5º, inciso XIII, garante que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.” Por outro lado, o Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução COFEN nº 214/98, orienta a seus jurisdicionados que “a instrumentação cirúrgica é uma atividade de enfermagem, não sendo, entretanto, ato privativo da mesma.”

Assim, não havendo lei que regulamente o exercício da instrumentação cirúrgica, a Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ - CODIPAR opina que pode o médico treinar uma pessoa de sua confiança para atuar como seu instrumentador durante o ato cirúrgico, sem que esteja incorrendo em ilícito ético ou legal. É o Parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 167, DE 17 DE JULHO DE 2006

Possibilidade de o diretor técnico vedar a realização de determinados procedimentos cirúrgicos no hospital sob sua direção.

EMENTA: Considera-se correta a postura do diretor técnico ao estabelecer a complexidade dos procedimentos que podem ou não ser realizados no hospital sob sua direção, por ser ele o principal responsável pelo cumprimento dos princípios éticos e por assegurar as condições técnicas de atendimento no local.

PARECER: De acordo com o artigo 1º da Resolução CFM nº 1.342/91, “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 pelo descumprimento dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.”

Cumpra-se, ainda, que o Código de Ética Médica, em seu artigo 25, confere ao médico o direito 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.” (g. n.).

Face ao exposto, a Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ - CODIPAR entende que quem avalia o limite técnico de um hospital é o seu diretor técnico. Caso a restrição referida pelo consulente seja baseada neste limite técnico, considera-se correta a postura do diretor ao estabelecer a complexidade dos procedimentos que podem, ou não, ser realizados naquele hospital. Entretanto, não poderá ser vedada a atuação do cirurgião em outros procedimentos para os quais a instituição esteja apta a realizar. É o Parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 171, DE 04 DE SETEMBRO DE 2006

Questão relativa à condição de temperatura em centros cirúrgicos.

EMENTA: Anota que nas salas de cirurgia o sistema de climatização deve fornecer condições de controle da temperatura entre 18°C e 22°C e umidade relativa do ar entre 45% e 55%, conforme a norma NBR 7256 da Associação Brasileira de Normas Técnicas.

PARECER: A garantia da boa qualidade do ar de interiores e a prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados é normatizada pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 3.523, de 28/08/98, segundo a qual a climatização em instalações hospitalares, além de atender às medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar, deve proporcionar condições de conforto e bem estar aos ocupantes.

O Ministério da Saúde, ao disciplinar a questão, reconhece que a qualidade do ar interfere na ocorrência de agravos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados.

Ressalta-se que a Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT definiu através da norma NBR 7256, os parâmetros a serem observados para funcionamento ideal nos sistemas de climatização dos setores destinados à assepsia e conforto dos estabelecimentos assistenciais de saúde, tais como salas de cirurgia, UTI, berçário e nutrição parenteral. Tais parâmetros foram referência para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária na elaboração da Resolução RDC Nº 50/02, que regulamenta o planejamento físico de todos os estabelecimentos assistenciais de saúde.

Deste modo, anota-se que nas salas de cirurgia o sistema de climatização deve fornecer condições de controle da temperatura entre 18°C e 22°C e umidade relativa do ar entre 45% e 55%.

Convém citar que a temperatura no centro cirúrgico abaixo da ideal pode levar o paciente à hipotermia, sobretudo aqueles mantidos sob efeito de drogas anestésicas. E, ainda, em relação à umidade relativa do ar, que valores abaixo do previsto provocam perda excessiva de água pelos pacientes e acima favorecem o desenvolvimento de bactérias.

Por fim, é importante destacar que o ar condicionado é um dos agentes de contaminação do centro cirúrgico, principalmente aqueles que não atendem às recomendações da norma NBR 7256 da ABNT. É o parecer, s. m. j.

CONSULTA MÉDICA

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 ambulatórias 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, constituiu-se o maior óbice a ser eliminado. Por outro lado, se observa 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 despersonalização 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 ser 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 frequência, 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 reco-

mendamos 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 04 (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. (...)

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.

PARECER: Realmente procede a interpretação dada pelo consultante, 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.

CORPO CLÍNICO

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. Às 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. **Consulte na íntegra:** www.portalmédico.org.br

PARECER CFM Nº 19, DE 08 DE ABRIL DE 2005

Atuação de médicos não-membros do Corpo Clínico.

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.

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). 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 CFM Nº 17, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2006

Constituição do Corpo Clínico.

EMENTA: Compete à Assembléia Geral dos Corpos Clínicos dos hospitais a elaboração de seus regimentos internos, onde, obrigatoriamente, constem a organização, direção, eleição, admissão e exclusão de seus membros, nos moldes previstos na Resolução CFM nº 1.481/97.

DISCUSSÃO: O Conselho Federal de Medicina, pela Resolução CFM nº 1.481, de 8 de agosto de 1997, estabeleceu as diretrizes gerais para os Regimentos Internos do Corpo Clínico das entidades prestadoras de assistência médica, tanto públicas quanto privadas, definindo o Corpo Clínico como “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”. Como observação, acrescenta que as diretrizes aplicam-se ao conjunto de médicos reunidos sob qualquer outra denominação, especialmente nas instituições em que a expressão “Corpo Clínico” designa a totalidade dos profissionais de nível superior.

Assim, as diretrizes estabelecidas pela resolução dizem respeito ao conjunto de médicos da instituição, já que todos estão obrigados a acatar e respeitar a normatização editada pelos Conselhos de Medicina. Na maioria das resoluções dos CRMs/CFM, no entanto, não há menção quanto ao trabalho de profissionais não-médicos, pois tal omissão deve-se ao fato que não compete aos Conselhos de Medicina disciplinar exercício profissional que não seja o dos médicos.

Os demais profissionais da área da saúde que atuam nos hospitais submetem-se às normas éticas de seus respectivos Conselhos de Fiscalização Profissional. Mas, por inteligência do Decreto-Lei nº 20.931/32, que preceitua a necessária existência de um diretor técnico, médico, em todas as instituições de saúde, estes profissionais ficam tecnicamente subordinados ao referido diretor.

O diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento da instituição de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e a coordenação de todos os serviços técnicos, competindo-lhe assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica.

Dessa maneira, cabe-lhe promover a integração entre todos os profissionais, visando obter desempenho satisfatório na atividade assistencial, objetivo da instituição.

Por outro lado, é possível que haja um entendimento administrativo pelo qual o diretor técnico torne-se o coordenador das diversas profissões, objetivando o bom funcionamento dos serviços especializados da instituição. Entretanto, esse entendimento não terá como fundamento o Regimento Interno do Corpo Clínico, o qual não poderá ser aplicado aos outros profissionais.

Por esse motivo, muitos hospitais congregam todos os profissionais da saúde que neles atuam como “Corpo Assistencial”. Portanto, devem-se reservar as denominações “Corpo Clínico” ou “Corpo Médico” apenas para o conjunto de médicos que trabalham regularmente na instituição, servindo o Regimento Interno para normatizar o adequado desenvolvimento das atividades médicas efetuadas.

O Parecer-Consulta Cremesp nº 48.347/97, aprovado em sessão plenária, explicita que:

“O Cremesp possui um modelo padrão de Regimento Interno do Corpo Clínico explicativo, onde se prevê, no Capítulo II, artigo 4º, a possibilidade de outros profissionais, que exercem atividade profissional similar à dos médicos, poderem ser contemplados com enquadramento paralelo no Regimento do Corpo Médico, devendo ser criados neste artigo.

O artigo 5º, por sua vez, prevê que o Corpo Médico ou Clínico da instituição é composto por todos

os médicos e profissionais afins que utilizam as suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a sua profissão.

Referido dispositivo classifica os membros do Corpo Clínico. Dentro dessa classificação, no inciso VII, estão os membros afins, onde deverão ser incluídos os dentistas que têm estreita relação com o trabalho médico.

No caso vertente, o cirurgião-dentista, com especialização na área de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial deverá fazer parte do Corpo Clínico (expressão a ser utilizada no Regimento Interno) como membro afim, concluindo-se, portanto, pela possibilidade de seu ingresso”.

Entretanto, se o Regimento Interno do Corpo Clínico admitir um profissional não-médico como integrante do Corpo Clínico, o mesmo deverá ter direito a voz e voto como todos os outros integrantes, sem, contudo, ser votado para o cargo de diretor clínico, pois o mesmo pertence exclusivamente a profissional formado em Medicina.

É de entendimento meridiano que o diretor clínico é o diretor responsável pela execução das atividades de assistência médica das instituições públicas e privadas, não podendo estar sujeito à designação de profissionais não- médicos. Ao determinar sua eleição pelos membros do Corpo Clínico, os Conselhos zelam por seu desempenho ético, evitando que aquele se submeta ao alvitre de imposições superiores, assegurando-lhe a autonomia necessária para exercer suas atribuições.

As diretrizes gerais previstas na Resolução CFM nº 1.481/97, no tocante à organização do Corpo Clínico, rezam que o Regimento Interno deverá conter 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.

O diretor clínico, a quem compete a supervisão da prática médica na instituição, terá como atribuições:

- a) dirigir e coordenar o Corpo Clínico;
- b) supervisionar a execução das atividades de assistência médica;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico.

As diretrizes, previstas na resolução federal e na própria Resolução CREMESP nº 53/99, determinam que o Regimento Interno deverá conter, também, as categorias de membros do Corpo Clínico, tais como: efetivos, aspirantes, beneméritos, honorários, etc. Quanto à regulamentação, no Regimento Interno, das duas categorias de médicos existentes em um hospital universitário, docentes e técnico-administrativos (assistenciais), as resoluções e pareceres dos Conselhos de Medicina são silentes.

Sabemos que, em todo hospital universitário, coexistem as duas categorias de profissionais médicos: os docentes e os técnico-administrativos - que são contratados para dar assistência aos pacientes internados e ambulatoriais, plantões na Emergência e UTI, e que, geralmente dão aulas práticas para os graduandos em Medicina.

Muito embora a Integração Docência-Assistência (IDA) seja um ideal a ser buscado nas instituições de ensino na área da saúde, tal não é observado, com evidentes conflitos em andamento.

Uma das dificuldades para a IDA é a metodologia baseada na transmissão de conhecimentos, com maior ênfase ao ensino do que na aprendizagem, com a universidade desempenhando seu papel de criar, preservar ou transmitir o saber, deixando de lado a missão fundamental de prestar serviços. Na maioria das vezes, as políticas e estruturas dos serviços de saúde e de ensino impossibilitam a participação mais efetiva na IDA, tanto dos médicos assistenciais como dos docentes.

É necessário, para que se evite a dicotomia entre o ensino e a assistência, desenvolver um plano prioritário de compromisso das instituições de ensino e de saúde para com a IDA.

As exigências feita pela universidade aos professores (o ensino, a pesquisa e a extensão) impedem seu envolvimento com a IDA. A universidade precisaria flexibilizar as cobranças feitas aos mesmos, no que se refere à quantidade de atividades, para que possam se dedicar, também, à assistência. Apesar das várias dificuldades para a sua implantação, é evidente que a integração entre o ensino e a assistência poderá trazer benefícios para ambas as instituições, além de permitir, ao professor, participar no processo de sua construção. Assim, os docentes teriam, ainda, a possibilidade de prestarem serviços assistenciais à sociedade.

Por fim, é necessário lembrar que o MEC/Sesu, em 1981, conceituou a integração docente-assistencial como a *“união de esforços em um processo crescente de articulação entre instituição de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino”*.

CONCLUSÃO: Diante do exposto, passamos a responder, objetivamente, os quesitos formulados:

1. Esta é uma decisão a ser efetuada em assembléia geral dos médicos do Corpo Clínico do hospital. Tanto podem compor a categoria de efetivos com os mesmos direitos e deveres como podem ser divididos em categorias diferentes, como docentes e assistenciais com direitos e deveres iguais ou diferentes, quanto ao exercício de chefias de setores assistenciais, responsabilidades e outros. Tal decisão pertence ao conjunto de médicos da instituição.

2. Da mesma forma, tal decisão também pertence à assembléia dos membros do Corpo Clínico. É importante lembrar que o profissional não-médico, se admitido como membro, somente se submete às normas do Regimento Interno no tocante à organização e regras administrativas, e não poderá ser eleito diretor clínico. Penso ser melhor criar o Corpo Assistencial e o Regimento Interno do Corpo Clínico organizar tão-somente o conjunto de médicos. Lembro que a Resolução CFM/CFO deve ser obedecida no tocante à realização dos atos cirúrgicos e chefia de equipe. Este é o parecer, que submeto à apreciação dos conselheiros, SMJ.

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.

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.

C R I A N Ç A E A D O L E S C E N T E

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.

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 03 anos de notificação, foram registrados aproximadamente 3.000 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 01 ano.

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.

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 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 seja 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 por que:

- 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 intersectorialidade 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.

Outras comunicações obrigatórias:

Casos de violência contra a mulher - constitui objeto de notificação compulsória, em todo território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados (Lei Federal nº 10.778, de 24 de novembro de 2003).

Casos de morte violenta ou não naturais - a Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médicos-legais (Resolução CFM nº 1.779/2005)

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 a comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando, assim, violação do segredo profissional.

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, apena 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 as 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, atenta- do 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 au- toridade 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 mar- cou 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 desacom- panhado 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 obri- gação 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.

PARECER CREMERJ Nº 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 desejar, a possibilidade de aperfeiçoamento de sua competência para atendimento a esses pacientes.

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 nº 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 nº 980/89 do Ministério da Saúde, que prevê o atendimento de pacientes na faixa etária dos 10 aos 19 anos; 4. As Resoluções CFM nº 1.634/02 e nº 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 nº 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 nº 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.

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 têm, hoje, 60 anos ou mais de idade.

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 ser observado 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 03 (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 atividade 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 aos 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. (...)

ESTUDANTES 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.

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.

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.

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 - Excetuam-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 ensino 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 nor-

mas 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 comunicou 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

Normaliza 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 Cadastro 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 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.

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 enfermagem 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 com-

plementares, 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.

EXAMES COMPLEMENTARES

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.819, DE 17 DE MAIO DE 2007

Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Vedar ao médico o preenchimento, nas guias de consulta e solicitação de exames das operadoras de planos de saúde, dos campos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e tempo de doença concomitantemente com qualquer outro tipo de identificação do paciente ou qualquer outra informação sobre diagnóstico, haja vista que o sigilo na relação médico-paciente é um direito inalienável do paciente, cabendo ao médico a sua proteção e guarda.

Parágrafo único. Excetuam-se desta proibição os casos previstos em lei ou aqueles em que haja transmissão eletrônica de informações, segundo as resoluções emanadas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º Considerar falta ética grave todo e qualquer tipo de constrangimento exercido sobre os médicos para forçá-los ao descumprimento desta resolução ou de qualquer outro preceito ético-legal.

Parágrafo único. Respondem perante os Conselhos de Medicina os diretores médicos, os diretores técnicos, os prepostos médicos e quaisquer outros médicos que, direta ou indiretamente, concorram para a prática do delito ético descrito no caput deste artigo. (...)

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. (...)

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. 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. (...) **Consulte na íntegra:** www.cremerj.org.br

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”, anexas a esta Resolução, elaborada pelos representantes das Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho do CREMERJ. (...)

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

Consulte na íntegra: 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. 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. (...) **Consulte na íntegra:** www.cremerj.org.br

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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 1.493, 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. (...)

MÉDICO ESPECIALISTA

Não se pode, nos dias que correm, prescindir das especialidades médicas e dos especialistas. A partir de mais de cinquenta 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.

As Resoluções que rezam sobre o assunto são: Resolução CFM nº 1.634/2002, 1.666/2003, 1.763/2005 e 1.785/2006.

Consulte na íntegra: www.portalmedico.org.br

Relação das especialidades reconhecidas:

1. ACUPUNTURA
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA
3. ANESTESIOLOGIA
4. ANGIOLOGIA
5. CANCEROLOGIA
6. CARDIOLOGIA
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR
8. CIRURGIA DA MÃO
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
11. CIRURGIA GERAL
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA

13. CIRURGIA PLÁSTICA
14. CIRURGIA TORÁCICA
15. CIRURGIA VASCULAR
16. CLÍNICA MÉDICA
17. COLOPROCTOLOGIA
18. DERMATOLOGIA
19. ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
20. ENDOSCOPIA
21. GASTROENTEROLOGIA
22. GENÉTICA MÉDICA
23. GERIATRIA
24. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
26. HOMEOPATIA
27. INFECTOLOGIA
28. MASTOLOGIA
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
30. MEDICINA DO TRABALHO
31. MEDICINA DE TRÁFEGO
32. MEDICINA ESPORTIVA
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
34. MEDICINA INTENSIVA
35. MEDICINA LEGAL
36. MEDICINA NUCLEAR
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
38. NEFROLOGIA
39. NEUROCIRURGIA
40. NEUROLOGIA
41. NUTROLOGIA
42. OFTALMOLOGIA
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
44. OTORRINOLARINGOLOGIA
45. PATOLOGIA
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
47. PEDIATRIA
48. PNEUMOLOGIA
49. PSIQUIATRIA
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
51. RADIOTERAPIA
52. REUMATOLOGIA
53. UROLOGIA

Relação das áreas de atuação reconhecidas:

1. ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

2. ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA
3. ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
4. ATENDIMENTO AO QUEIMADO
5. CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA
6. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL
7. CIRURGIA DA COLUNA
8. CIRURGIA DERMATOLÓGICA
9. CIRURGIA DO TRAUMA
10. CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
11. CITOPATOLOGIA
12. COSMIATRIA
13. DENSITOMETRIA ÓSSEA
14. DOR
15. ECOCARDIOGRAFIA
16. ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER
17. ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA
18. ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
19. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
20. ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA
21. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
22. ERGOMETRIA
23. FONIATRIA
24. GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
25. HANSENOLOGIA
26. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
27. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
28. HEPATOLOGIA
29. INFECTOLOGIA HOSPITALAR
30. INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
31. MAMOGRAFIA
32. MEDICINA DE URGÊNCIA
33. MEDICINA DO ADOLESCENTE
34. MEDICINA FETAL
35. MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
36. NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
37. NEONATOLOGIA
38. NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA
39. NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
40. NEURORRADIOLOGIA
41. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL
42. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA
43. NUTROLOGIA PEDIÁTRICA
44. PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
45. PSICOGERIATRIA

- 46. PSICOTERAPIA
- 47. PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
- 48. PSIQUIATRIA FORENSE
- 49. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA
- 50. REPRODUÇÃO HUMANA
- 51. REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
- 52. SEXOLOGIA
- 53. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
- 54. ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

LEI FEDERAL Nº 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina.

(...) **Art. 1º** O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Art. 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

(...) **Art. 17.** Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de 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.

Art. 18. Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habitará ao exercício da medicina em todo o País.

§ 1º No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente, à medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição.

§ 2º Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

§ 3º Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à secretaria do Conselho onde estiver inscrito.

§ 4º No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades.

Art. 19. A carteira profissional, de que trata o art. 18, valerá documento de identidade e terá fé pública.

Art. 20. Todo aquele que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado. (...)

DECRETO FEDERAL Nº 44.045, DE 19 DE JULHO DE 1958

Approva o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei Federal nº 3.268/57.

REGULAMENTO A QUE SE REFERE A LEI Nº 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

CAPÍTULO I

DA INSCRIÇÃO

Art. 1º Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes foram conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único - A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas. (...)

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 nº 1.755/2004. (...)

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”.

PARECER: 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 (Decreto- Lei nº 4.113 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 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.

co. (...) 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 fisioterapia. 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 58, DE 23 DE ABRIL DE 1999

EMENTA. 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. Não cabe a este Conselho apreciar eventuais restrições decorrentes de incompatibilidade de horários ou características de vínculo funcional ou empregatício, dedicação exclusiva ou outros que vedem o seu exercício em caráter privado. (...)

PARECER CFM Nº 02, DE 09 DE FEVEREIRO DE 2000

ASSUNTO: Livre exercício profissional; especialidade médica; registro de especialidade nos Conselhos 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 17, DE 25 DE MARÇO DE 2004

EMENTA: 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 e, segundo a nova Resolução CFM nº 1.701/03, não as propague ou anuncie sem realmente estar neles registrado como especialista. (...)

PARECER CFM Nº 31, DE 08 DE JULHO DE 2005

Atuação de médico na especialidade e em área de atuação: obrigatoriedade e recusa.

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. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 114, DE 17 DE JULHO DE 1997

Dispõe sobre a obrigatoriedade de o médico registrar no CREMERJ sua condição de coordenador, em qualquer empresa, do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Todo médico ao assumir a coordenação do PCMSO, de qualquer empresa, deverá registrar essa condição no CREMERJ, no prazo máximo de 15 (quinze) dias.

Art. 2º Todo médico ao se desligar da coordenação do PCMSO deverá providenciar a baixa do registro da condição de coordenador do PCMSO, da empresa, no CREMERJ.

Art. 3º Os atuais médicos coordenadores do PCMSO, de quaisquer empresas deverão registrar essa condição no CREMERJ, no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias.

Art. 4º Todos os procedimentos previstos nesta Resolução estão isentos de qualquer ônus por parte dos médicos envolvidos.

Art. 5º O não cumprimento desta Resolução, pelos médicos coordenadores, constitui infração aos artigos 45 e 142 do CEM. (...)

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.

PARECER: 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 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 11, DE 26 DE AGOSTO DE 1991

Solicitação de exames complementares, requisitados por médico de outra especialidade.

EMENTA: Esclarece que ao médico é permitido indicar o procedimento adequado ao paciente, independente de ser especialista ou não-especialista. Alerta para a necessidade de corrigir o perfil de excessiva solicitação de exames caros. Conclui não ser permitido o impedimento ao médico de solicitação de exames, sugerindo que os exames de tecnologia de ponta sejam solicitados após exames complementares mais simples, exceto em condições emergenciais e naqueles casos onde o clínico julgá-los indispensáveis. (...)

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. (...)

PARECER CREMERJ Nº 109, DE 02 DE OUTUBRO DE 2002

Exercício da psiquiatria sem o título da especialidade.

EMENTA: Esclarece que o médico ao concluir o curso regular de Medicina, e devidamente inscrito no Conselho Regional de sua região, encontra-se apto a realizar todos os atos médicos para os quais se considere capaz.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual informa trabalhar em uma clínica para tratamento de pessoas com transtornos decorrentes de uso e abuso de substâncias psicotrópicas (SPA). Expõe, ainda, cumprir plantão de 24 horas semanais, quando faz avaliação médica do estado geral do paciente no ato ou após sua internação, tanto no seu aspecto clínico quanto psíquico. Por não possuir título de especialista em psiquiatria, o Consultante faz as seguintes indagações ao CREMERJ:

- “1. Estou exercendo a profissão de médico de forma ilegal e/ou ilegítima?”
2. A expressão “médico psiquiatra” significa obrigatoriamente ser possuidor de título de especialista em psiquiatria?”
3. Pode o médico não possuidor de título de especialista em psiquiatria exercer as funções de médico psiquiatra?”

PARECER: Um dos pilares do Código de Ética Médica é a autonomia profissional. O médico, uma vez concluído o curso regular de Medicina e devidamente inscrito no Conselho Regional de Medi-

cina de sua região, encontra-se apto a realizar todos os atos médicos para os quais se considere capaz. Nenhuma exigência burocrática se sobrepõe à liberdade profissional.

O princípio da autonomia está amparado no fato de que o médico responderá pelos erros que cometer nos atos praticados. Nada impede sua decisão de realizar os procedimentos para os quais se considere apto, exceto sua consciência crítica.

Respondendo as perguntas: 1. Não. O exercício é legal. 2. Sim. Para intitular-se “psiquiatra” o médico deve possuir o registro de especialista no Conselho Regional de Medicina. 3. Sim, de acordo com o exposto acima. É o parecer, s.m.j.

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.

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.

Consulte na íntegra: www.portalmedico.org.br

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.793, DE 12 DE MAIO DE 2006

Altera o artigo 7º da Resolução CFM nº 1.669/2003 que dispõe sobre o exercício profissional para os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Alterar o parágrafo 3º do artigo 7º da Resolução nº 1.669, de 13 de junho de 2003, que passa a ter a seguinte redação abaixo: “Haverá, nos Conselhos Regionais de Medicina, registros dos médicos estrangeiros e de brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação, cujo controle será feito em livro próprio, contendo a seguinte sigla e numeração seqüencial: Estudante médico estrangeiro nº ___ - UF, data de início e término do curso, porém sem emissão de qualquer tipo de carteira ou identificação do registrado e sem pagamento de anuidade.”

Art. 2º Acrescer o parágrafo 4º ao artigo 7º da Resolução nº 1.669, de 13 de junho de 2003, com a seguinte redação: “§ 4º. Os Conselhos Regionais de Medicina devem comunicar ao Conselho Federal de Medicina a 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.”

Art. 3º Acrescer o parágrafo 5º ao artigo 7º da Resolução nº 1.669, de 13 de junho de 2003, com a seguinte redação: “§ 5º. Os estudantes médicos estrangeiros participantes de programa de ensino de pós-graduação poderão executar, sob supervisão, os atos médicos necessários ao seu treinamento e somente em unidade de ensino a que estiver vinculado, ficando o preceptor responsável pelo mesmo perante o Conselho Regional de Medicina”.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 230, DE 31 DE MARÇO DE 2007

Regulamenta a participação de médico estrangeiro e de médico brasileiro formados por faculdade estrangeira nos programas de pós-graduação no Estado do Rio de Janeiro, bem como indica a responsabilidade quanto aos atos médicos executados pelos referidos médicos.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º As instituições que mantêm programas de ensino de pós-graduação, oferecidos aos 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:

I – Inscrever os programas da instituição, através de ofício, indicando o médico preceptor responsável por cada um de

II – Juntar declaração do médico preceptor responsável por cada programa, aceitando sua indicação.

§ 1º Os programas serão apreciados pela Plenária do CREMERJ, após parecer da Comissão de Ensino Médico, e os que forem aprovados serão registrados em livro próprio, bem como os médicos preceptores responsáveis pelos mesmos.

§ 2º Compete à instituição de ensino informar eventuais substituições de médicos preceptores responsáveis, respeitando-se o inciso II do artigo 1º.

Art. 2º Haverá, no CREMERJ, registros de médicos estrangeiros e de brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação, cujo controle será feito em livro próprio, contendo sigla e numeração seqüencial, data de início e término do curso, porém sem emissão de qualquer tipo de carteira ou identificação do registrado e sem pagamento de anuidade.

I - Os médicos estrangeiros terão as seguintes sigla e numeração seqüencial: Estudante Médico Estrangeiro nº A (numeração seqüencial)- RJ.

II - Os médicos brasileiros formados no exterior, sem o diploma revalidado, terão as seguintes sigla e numeração seqüencial: Estudante Médico Brasileiro nº B (numeração seqüencial)-RJ.

§ 1º Para efetivar o registro, o médico deverá apresentar a seguinte documentação, a ser enviada pela Instituição mantenedora do Programa de Ensino de Pós-Graduação:

a - diploma e cópia, devidamente vertidos para o português;

b - documento de identidade, original e cópia;

c - documento de inscrição no programa de pós-graduação; e,

d - foto 3x4.

§ 2º A nominata dos médicos registrados será encaminhada ao CFM.

§ 3º O CREMERJ informará os nomes dos médicos registrados à instituição de ensino.

Art. 3º Os médicos estudantes registrados no CREMERJ poderão executar, sob supervisão, os atos

médicos necessários ao seu treinamento e somente na unidade de ensino a que estiverem vinculados, ficando o médico preceptor responsável pelos mesmos e sua prática perante o CREMERJ.

Art. 4º O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, não pode cursar Residência Médica.

Parágrafo Único - O brasileiro com diploma de Medicina, obtido em faculdade estrangeira só poderá cursar a Residência Médica após revalidá-lo em universidades públicas brasileiras, na forma da lei, sendo então aceito para registro no CREMERJ. (...)

M É D I C O R E S I D E N T E

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. (Fonte: www.mec.gov.br).

LEI FEDERAL Nº 6.932, DE 07 DE JULHO DE 1981

Dispõe sobre as atividades do médico residente.

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 (Alterado pela Lei nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006).

§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 04 (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 teóricas-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. (...)

LEI FEDERAL Nº 11.381, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2006

Altera a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002.

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 4º Ao médico residente será assegurada bolsa no valor correspondente a R\$ 1.916,45 (mil, novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais” (...)

Art. 2º Esta Lei produzirá efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 2007.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficam revogados os arts. 1º e 2º da Lei nº 10.405, de 09 de janeiro de 2002.

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 desempenharem 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, subtende-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 embasa-

do no Código de Ética em vigor, em seus artigos 29 “*usque*” 34, cuja leitura e 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 julgante 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.

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 preceptoria 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 desprendimento, visando a melhor qualificação para o residente sob sua orientação. (...)

PARECER CFM Nº 20, DE 13 DE MARÇO DE 2002

Greve de médico residente.

EMENTA: Os movimentos médicos reivindicatórios de melhores condições de trabalho e remuneração, mesmo que promovidos por médicos residentes, configuram-se como éticos desde que ressalvadas as situações caracterizadas nos artigos 24 e 35 do CEM.

CONSIDERAÇÕES: A atividade médica está inserida entre as consideradas como essenciais, mormente se exercida em situações de urgência e emergência, não distinguindo a lei, se por médico em decorrência de relação de emprego, ou se em razão do desempenho de aperfeiçoamento e aprendizagem em atividades como residente.

A residência médica, conforme o disposto na Lei nº 6.932, de 7.7.81, é uma modalidade de ensino de pós-graduação que se presta ao aperfeiçoamento e aprendizagem do médico, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e moral, os preceptores.

Como médicos regularmente inscritos nos Conselhos de Medicina, os residentes se submetem às normas legais aplicáveis à sua profissão, devendo ser responsabilizados por eventuais danos que venham a causar por atos ou omissões ilícitas.

Também os preceptores respondem pelos atos ou omissões dos médicos residentes sob sua supervisão, conseqüente ou caráter da tarefa de preceptoria, assumindo, neste caso, como bem ressalta o prof. Genival França, em sua obra “Direito Médico”, uma “responsabilidade derivada ou compartilhada”.

Assim, tanto os residentes como os preceptores estão passíveis de responderem, ética e judicialmente, por atos (ou omissões) médicos, devendo cada instância judicante definir a cota de responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe médica, pelo ato realizado ou omitido, caso seja questionada a sua licitude.

Logo, de acordo com as normas legais e com as considerações supramencionadas, restringindo estas considerações à matéria questionada, entendemos que a decisão sobre a deflagração de greve por médicos residentes que exercem o seu aprendizado em emergências, urgências, UTIs, ou atividades afins deve obedecer ao que recomendam as normas e os princípios éticos citados, valendo salientar que as entidades mantenedoras de programas de residências médicas devem manter retaguarda adequada e suficiente para suprir as deficiências impostas por tais situações.

DISCUSSÃO: A greve ou paralisação das atividades em qualquer setor produtivo ou de serviços

é sempre questionável à medida que impede o acesso da coletividade a bens ou serviços que, concretamente, contribuem para o aumento do nível da qualidade de vida dos cidadãos e cidadãs, causando, conseqüentemente, um constrangimento geral na sociedade.

Quando esta suspensão ocorre nos setores ditos essenciais, como saúde, segurança, educação, abastecimento, água e energia, etc., agudiza o processo haja vista que o impedimento diz respeito a bens que não só influenciam na qualidade mas que podem comprometer a continuidade da vida. Por outro lado, os trabalhadores, membros efetivos desta sociedade, vêm sendo submetidos, nos últimos anos, a uma política de achatamento salarial e a uma perda sistemática dos seus direitos trabalhistas, culminando em um processo ímpar de precarização das suas relações de trabalho, sem precedentes na história, o qual traz como resultado a organização dos trabalhadores e o direito legítimo de deflagração de movimentos reivindicatórios.

A categoria médica não está imune a estes acontecimentos. Na última década ocorreram os maiores números de movimentos objetivando melhores condições de salário e de trabalho médico.

Portanto, levando-se em conta as previstas considerações acima, pode-se entender que o movimento de paralisação dos médicos residentes é justo e também ético, estando respaldado pelo artigo 24 do Código de Ética Médica.

O ponto fulcral desta discussão deve estar centrado na questão dos atendimentos de emergência e urgência, incluindo-se aí a atenção em Unidades de Terapia Intensiva e atividades afins.

A Resolução CRM-MT 006/91, em seu artigo 2º dispôs:

“O atendimento de emergência e urgência, bem como a continuidade de cuidados cuja interrupção possa propiciar agravamento, descompensação, irreversibilidade, invalidez ou morte de pacientes, deverão ser assegurados como direitos de cidadania”.

Os atendimentos de emergência e urgência, UTI e atividades afins devem ser garantidos durante o período de greve, como também mantida a seqüência do tratamento dos pacientes internados até o início do movimento reivindicatório, seja por médicos residentes ou do quadro permanente do hospital. A instituição deve estar preparada para manter um nível de atendimento adequado a sua clientela.

Para os Conselhos Regionais e como médicos regularmente inscritos nos mesmos, os residentes se submetem às normas legais aplicáveis à sua profissão, devendo ser responsabilizados por eventuais danos que venham a causar por atos ilícitos ou omissões.

Tal afirmativa demonstra a necessidade da total observação dos preceitos que rezam o Código de Ética Médica no mesmo nível de igualdade com os preceptores da residência ou médicos do quadro permanente da instituição, mas no que se refere às questões trabalhistas os médicos residentes se configuram como uma parcela do corpo médico com características próprias, sendo as mais importantes: vínculo temporário com a instituição, remuneração diferenciada na forma de bolsa e piso salarial próprio, regulamentados pela Lei nº 6.932/81, pelo Decreto nº 80.281/77 e resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Estas especificidades tornam os movimentos reivindicatórios dos médicos residentes uma paralisação com características próprias e motivações que envolvem exclusivamente esta parcela dos médicos, não devendo, portanto, ser computada para cálculo do percentual mínimo de profissionais que deverão continuar prestando assistência nos setores considerados essenciais (30% por analogia com a lei de greve), aqueles do quadro permanente do hospital ou instituição, a não ser por adesão voluntária dos mesmos ao movimento de paralisação, com pauta de reivindicações próprias ou em apoio ao movimento dos médicos residentes.

CONCLUSÕES: Por todo o exposto, pode-se concluir que:

O movimento de paralisação dos médicos residentes reivindicando direitos inquestionáveis é justo, não fere a ética e está respaldado pelo artigo 24 do CEM.

A paralisação, de acordo com o que preceitua o artigo 24 do Código de Ética Médica, deve ser imediatamente comunicada ao Conselho Regional de Medicina.

As autoridades competentes serão informadas com 72 horas de antecedência, em virtude das adequações necessárias da instituição ou do sistema de saúde no sentido de minorar o impacto negativo deste período junto aos pacientes.

A deflagração de movimento paredista por médicos residentes que exercem o seu aprendizado em emergência, urgência, UTIs ou atividades afins deve obedecer ao recomendado nas normas e princípios éticos citados, e o número de médicos que irá manter essas atividades em funcionamento, em respeito ao art. 35 do CEM, deverá ser calculado levando-se em consideração o universo dos residentes, salvo quando todo o corpo médico, inclusive os do quadro permanente, estiver participando do movimento paredista, situação em que o percentual de 30% deverá ser calculado sobre a totalidade dos médicos em greve.

O sistema de saúde e as instituições mantenedoras de programas de residências médicas devem manter retaguarda adequada e suficiente para suprir as deficiências impostas por essas situações. Este é o parecer, SMJ.

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. (...)

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 172, DE 04 DE SETEMBRO DE 2006

Questão relativa ao transporte de pacientes acompanhados por médicos residentes.

EMENTA: Apesar de o médico residente estar legalmente habilitado ao exercício da medicina, qualquer atividade fora de sua rotina, sobretudo quando haja pacientes graves envolvidos, deve ser autorizada por seu preceptor.

PARECER: Considerando que o médico residente está habilitado por seu Conselho Regional de Medicina ao exercício profissional, não há qualquer impedimento legal a que ele acompanhe paciente a ser transportado para realização de exames ou para transferências.

Deve-se lembrar, entretanto, que o médico residente está em fase de formação especializada, sujeito à orientação e supervisão de preceptor qualificado. Este deve autorizá-lo e avaliar a sua capacitação para qualquer atividade fora da rotina, no local onde realiza o programa de treinamento, principalmente quando haja pacientes graves envolvidos nos procedimentos. É o parecer, s.m.j.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2006

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Resolução suspensa por decisão liminar do M. Juíz Dr. Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal.

Consulte na íntegra: www.portalmédico.org.br

PLANTÃO MÉDICO

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 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 os 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.” (Fonte: www.portalmedico.org.br)

São especialidades médicas básicas – clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica.

LEI FEDERAL 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 02 (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 FEDERAL 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. (...)

LEI ESTADUAL Nº 3.451, DE 28 DE AGOSTO DE 2000

Dispõe sobre a obrigatoriedade de serem afixados nos gabinetes médicos e em painéis próprios na recepção dos hospitais da rede estadual, os nomes, horários, dias de plantão e especialidades dos médicos lotados, sendo que o nome e o horário do diretor será apostado em local visível ao público, na recepção do hospital.

(...) **Art. 1º** É obrigatória a fixação do horário, dia do plantão e especialidades nos gabinetes dos médicos e painel próprio na recepção dos hospitais da Rede Estadual, com visualização fácil para o usuário. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08 DE JANEIRO DE 1988

Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

(...) **Capítulo III - Responsabilidade Profissional**

É vedado ao médico:

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

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

PARECER CFM Nº 36, DE 15 DE AGOSTO DE 2001

EMENTA: Os serviços de Hospital-Dia devem manter médico plantonista durante todo o período de funcionamento, inclusive os estabelecimentos da rede privada.

CONCLUSÃO: De acordo com a Portaria nº 44/2001, os serviços de HOSPITAL-DIA deverão manter em sua equipe pelo menos um médico de plantão durante todo o período de funcionamento.

A referida portaria se refere a unidades integrantes do Sistema Único de Saúde, mas em nosso entendimento essa regra deve também ser seguida pelas demais unidades prestadoras desses serviços. Este é o parecer, S.M.J.

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.

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. **Consulte na íntegra:** www.portalmedico.org.br

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 Otorrinolaringologia, 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 arguidos 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 ressaltando 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 (...), 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 Federal 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 2 (dois) plantões subseqüentes, seja na mesma unidade hospitalar, seja em outra, pois dificilmente o médico teria no 2º 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 2 (dois) 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 subsequentes, 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 130, DE 04 DE JUNHO DE 2003

Questões relativas ao 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 21h. 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 Consulente 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.

PARECER: (...) 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.

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.

PARECER CREMERJ Nº 169, DE 30 DE AGOSTO DE 2006

Acerca do atendimento a pessoas inválidas e/ou acidentadas em vias públicas.

EMENTA: Deve o médico em plantão analisar cada caso individualmente e avaliar se sua saída para prestar atendimento fora do ambiente hospitalar não representa risco para os pacientes presentes ou para aqueles que possam chegar a qualquer momento. Caso possível, deverá prestar socorro à pessoa inválida em via pública, apesar de ser, inicialmente, tal incumbência do Corpo de Bombeiros, através do Grupo de Socorro de Emergência, conforme Decreto nº 9.503/86.

PARECER: O Decreto Estadual nº 9.503, de 09 de julho de 1986 criou o Programa de Atendimento de Emergências em Vias Públicas, delegando competência ao Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, através do Grupo de Socorro de Emergência - GSE, para agir em situações de emergência em vias públicas.

Contudo, há que se advertir que o socorro deve ser prestado por todos os cidadãos a qualquer pessoa que necessite, sobretudo nos casos de risco de vida, para que não se infrinja o artigo 135 do Código Penal Brasileiro, crime de omissão de socorro:

“Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir nesses casos, o socorro da autoridade pública.”

Por outro lado, o Código de Ética Médica estatui, no capítulo referente à responsabilidade profissional, que é vedado ao médico:

“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 preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.”

Deste modo, em relação à possibilidade de o médico se ausentar do plantão para atender à pessoa necessitada fora do ambiente hospitalar, o CREMERJ orienta que deve ele analisar cada caso individualmente e avaliar se sua saída não representará risco para os pacientes presentes ou para aqueles que possam chegar a qualquer momento. Caso possível, deverá prestar socorro à pessoa inválida em via pública, apesar de ser, inicialmente, tal incumbência do Corpo de Bombeiros, através do GSE.

De qualquer forma, se o médico se ausentar do plantão para prestar o atendimento, deverá documentar no livro de ocorrências a razão de sua saída. É o parecer, s.m.j.

PARECER CREMERJ Nº 176, DE 16 DE OUTUBRO DE 2006

Atendimento de casos pediátricos por médico não-especialista, face à ausência de pediatra no plantão.

EMENTA: A composição das equipes de assistência a urgências e emergências deve atender ao disposto na Resolução CREMERJ n. 100/96, que prevê a permanência de pediatra nos plantões. A ausência deste especialista é um problema grave que deve ser resolvido pela direção técnica do hospital, a qual poderá até contar com a eventual colaboração dos outros especialistas de plantão, mas não se prevalecer disso para se esquivar de resolver a questão.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. F. G., o qual informa trabalhar em um hospital público, atendendo como clínico plantonista no pronto socorro. Expõe que, há algum tempo, o pediatra pediu demissão e que, após este evento, vem sendo pressionado a prestar atendimento a crianças, mesmo não tendo formação voltada para essa especialidade. Deseja ser orientado sobre como se posicionar diante de tais pressões.

PARECER: É consenso na classe médica que o compromisso dos médicos com a sua profissão e a ética está acima do resultante de contratos. Entretanto, este compromisso não pode ser invocado com o intuito de gerar vantagens para empregadores, ou para justificar a inércia de gestores de hospitais. Assim, o médico contratado ou empregado, em cujo contrato esteja mencionada a especialidade para a qual foi admitido, não tem obrigação de exercer atividade não pactuada em sua contratação. Obviamente, em condições de urgência, risco de vida do paciente e na eventual inexistência de outros colegas na região, por uma questão ética e não contratual, deve o médico envidar seus melhores esforços e prestar assistência a quem dele necessite.

O Código de Ética Médica garante ao médico o direito de recusar-se a prestar atendimento em especialidades para as quais não se considere apto. Este direito está insculpido nos artigos 7º e 8º deste Estatuto:

“Art. 7º. 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 casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

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.”

Portanto, é perfeitamente lícito que o profissional se recuse a prestar atendimento nas áreas do conhecimento médico para as quais não se considere habilitado, sob pena de trazer prejuízos, ao invés de benefícios, ao paciente sob os seus cuidados.

Entretanto, o próprio Código de Ética Médica impõe limites a esta autonomia ao ressaltar os casos de urgência, ausência de outro médico, ou quando a negativa de atendimento possa trazer danos irreversíveis ao paciente. Ademais, muito além das normas e regulamentos institucionais, o compromisso ético do médico o obriga a assumir a assistência de qualquer paciente, e não se tem dúvidas que ele o fará, quando seja imprescindível a sua atuação.

Contudo, há que se ter claro que a composição das equipes de assistência a urgências e emergências devem atender ao disposto na Resolução CREMERJ nº 100/96, que prevê a permanência de pediatra de plantão em todos os hospitais - públicos ou privados - que se prestem ao atendimento desses casos, em qualquer nível.

Por conseguinte, a ausência de pediatra de plantão em estabelecimentos que atendam a urgên-

cias e emergências é um problema grave, que deve ser resolvido pela direção técnica do hospital, a qual, como dito anteriormente, poderá até contar com a eventual colaboração dos outros especialistas de plantão, em situações excepcionais, mas não se prevalecer disso para se esquivar de resolver a questão.

É o parecer, s. m. j.

P R E S C R I Ç Ã O M É D I C A

PARECER CREMERJ Nº 158, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005

Questão relativa à prescrição médica para o paciente internado.

EMENTA: Salieta 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.

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 deve 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.

P R O F I S S I O N A I S N Ã O - M É D I C O S

Legislação pertinente:

”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-LEI Nº 938/69 - Fisioterapia

Art. 3º - É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.”

“LEI FEDERAL 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 FEDERAL 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 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;”

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 CREMERJ Nº 121, DE 25 DE MARÇO DE 1998

Define "Ato Médico", enumera critérios e exigências para o 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.

§ 1º ATO MÉDICO exige, para a sua execução, a graduação em Medicina em curso reconhecido pelo Ministério da Educação e Desporto e a inscrição no Conselho Regional de Medicina.

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

§ 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.

§ 4º As demais atividades de assistência à saúde na prevenção, no auxílio diagnóstico ou terapêutico e na reabilitação, constituem complemento à prática médica, como também os programas específicos do Ministério da Saúde disciplinados em lei.

§ 5º Os exames médico-legais são de exclusiva competência do médico.

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 exame 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. (...)

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 pregressa 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:

- nos doentes internados a evolução e prescrição devem ser diárias, com data e horário em que foram realizadas;

- 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.

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 mau 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 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 do CFM (...), 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 a lápis.
2. Usar líquido corretor, conhecido como “branquinho”.
3. Deixar folhas em branco.
4. Fazer anotações que não se referem ao paciente.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08 DE JANEIRO DE 1988

Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

(...) Capítulo IX - Segredo Médico

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.

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.

Art. 104. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106. Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107. Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108. Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papéletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 109. Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial. (...)

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 docu-

mentos 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 1.638, 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 1.821, DE 11 DE JULHO DE 2007

Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Ficam revogadas as Resoluções CFM nºs 1.331/89 e 1.639/02.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, www.portalmedico.org.br e www.sbis.org.br. (...)

PARECER CFM Nº 22, DE 24 DE AGOSTO DE 2000

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

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, “pelos 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 àque-

les 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 STJ. (Resp. 159.527-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 pétrea 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 Permanente de Avaliação de Documentos e Comissão de Revisão de Prontuários.

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 perecendo 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 estabeleceu 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 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 Resolução (...), que trata da manutenção do prontuário médico.

CONCLUSÃO: As lâminas e blocos de parafina devem ser mantidas em arquivo por 05 (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 do CFM (...). 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.

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 mútuo. 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.

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 interdito 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 ficarão seriamente prejudicados 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 nº 07, 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.

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 papeletas, 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.

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 tornar-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 05 e 07. 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.

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 mé-

dicos 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.

PARECER: O paciente é proprietário dos dados a ele pertinentes que se encontram no pron-

tuário, 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.

PARECER CREMERJ Nº 175, DE 16 DE OUTUBRO DE 2006

Utilização de siglas e abreviaturas em prontuários médicos.

EMENTA: Os dados contidos no prontuário médico pertencem ao paciente que, sendo leigo, não tem o conhecimento técnico necessário para decifrar siglas ou abreviaturas de uso comum no meio médico ou entre especialistas. Este documento serve à comunicação entre os profissionais envolvidos com o tratamento, podendo, ainda, ser utilizado em questões judiciais. Portanto, há que ser inteligível a todos os que o manuseiam.

PARECER: Tem sido cada vez mais corriqueiro o uso e abuso de siglas em prontuários médicos para abreviar diagnóstico, estado clínico do paciente, terapêutica etc. É compreensível que o médico, pressionado pelo excesso de tarefas em sua lida diária, queira ganhar tempo no ato de escrever, talvez considerado menos importante em relação ao próprio manejo do paciente.

Apesar deste entendimento, o CREMERJ desaprova o uso de siglas e/ou abreviaturas em prontuários médicos, por vários argumentos:

1. As informações contidas no prontuário médico pertencem ao paciente, estando sob a guarda da instituição onde lhe foi prestado atendimento. Portanto, constitui direito seu utilizar este documento quando bem lhe aprouver, para o fim que seja. Logo, o prontuário tem que ser inteligível ao paciente que, sendo leigo, não é obrigado a decifrar siglas de conhecimento exclusivo do médico/especialista.
2. A Resolução CFM nº 1.638/02 define prontuário médico como o documento “que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.” Torna-se claro, portanto, que o paciente poderá necessitar deste documento para ser assistido por outra equipe médica. Se o prontuário for cifrado (escrito em siglas) poderá ser incompreensível para a equipe médica em questão.
3. O fato também se dará caso o prontuário seja necessário em questões judiciais. A Justiça é leiga em Medicina e, assim, também a ela será ininteligível o documento, o que poderá prejudicar o paciente, ou ainda o médico assistente, caso a utilização deste documento seja necessária em benefício próprio em algum provável processo na Justiça, ou mesmo no Conselho Regional de Medicina.
4. A comunicação entre membros da equipe médica multidisciplinar também poderá ser prejudicada, caso outro médico necessite acessar o prontuário, para fornecer parecer especializado, e não tenha condições de traduzir o significado das inúmeras siglas e abreviaturas ali contidas. Conseqüentemente, não terá clareza do real quadro apresentado pelo paciente.
5. Indo ao encontro deste entendimento, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 743, de 22/12/05, a qual determina, entre outras providências, que o laudo para emissão de Autorização de Internação Hospitalar no Sistema Único de Saúde deve ser preenchido de forma legível e sem abreviaturas.

6. Por fim, anota-se que a elucidação de siglas e abreviaturas tem tanta importância que, em trabalhos científicos, é obrigatório o esclarecimento do seu significado, normalmente entre parênteses, na primeira vez que for citada no texto. A partir daí ela se terá tornada compreensível. Por todo o exposto, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro enfatiza que desaprova a utilização de siglas e/ou abreviaturas em prontuários médicos. É o parecer, s.m.j.

PUBLICIDADE MÉDICA

A publicidade médica deve obedecer as Resoluções do CFM nº 788/77 e 1.701/03, e as Resoluções do CREMERJ nº 12/87 e 14/87.

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 assis-

tência 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. (...)

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. (...)

RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE

O Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006.). Ela se baseia nos seis princípios básicos de cidadania. Com ela, o cidadão poderá conhecer quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde dos brasileiros.

De acordo com o **primeiro princípio** da carta, todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde. Assim, fica garantido aos usuários a facilidade de acesso aos postos de saúde, especialmente aos portadores de deficiência, gestantes e idosos.

O **segundo e terceiro princípios** do documento esclarecem ao cidadão sobre o direito a um tratamento adequado para seu problema de saúde. Também faz referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (preconceito de raça, cor idade ou orientação sexual, estado de saúde ou nível social).

O **quarto princípio** da carta garante que o atendimento prestado ao cidadão deve respeitar a sua

pessoa, seus valores e seus direitos. Fica assegurado ao paciente, por exemplo, o conhecimento de seu prontuário médico, sempre que solicitado por ele.

O **quinto princípio** fala sobre as responsabilidades do cidadão para que ele tenha um tratamento adequado. Por exemplo: o paciente nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde, pois essa atitude pode prejudicar a precisão do diagnóstico dado pelo médico.

O **sexto princípio** da carta garante que todos os princípios da carta sejam cumpridos. Segundo ele, é necessário que todos os gestores da saúde, representantes das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), se empenhem para que os direitos dos cidadãos sejam respeitados.

Veja a cartilha na íntegra: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf

LEI ESTADUAL Nº 3.613, DE 18 DE JULHO DE 2001

Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Art. 1º A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, será universal e igualitária, nos termos do artigo 287 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro:

I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso, sendo recepcionados por profissionais especialmente habilitados para este fim, vedada a realização do primeiro atendimento por policial, guarda de segurança, vigilante ou assemelhado;

II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;

III - não ser identificado ou tratado por:

a) números;

b) códigos; ou

c) de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

IV - ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;

V - poder identificar as pessoas responsáveis direta ou indiretamente por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:

a) nome completo;

b) função;

c) cargo; e

d) nome da instituição;

VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

a) hipóteses diagnósticas;

b) diagnósticos realizados;

c) exames solicitados;

d) ações terapêuticas;

e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;

f) duração prevista do tratamento proposto;

g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os

- efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;
- h) exames e condutas a que será submetido;
- i) a finalidade dos materiais coletados para exame;
- j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e
- l) o que for necessário.

VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados;

VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico;

IX - receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

X - receber os medicamentos prescritos, acompanhados de bula, impressa de forma compreensível e clara, contendo:

- a) efeitos colaterais;
- b) contra-indicações;
- c) data de fabricação;
- d) prazo de validade;
- e) nome genérico do princípio ativo; e
- f) posologias usuais;

XI - receber as receitas:

- a) com o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) datilografadas ou em caligrafia legível;
- c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;
- d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; e
- e) com assinatura do profissional;

XII - conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

- a) todas as medicações, com suas dosagens utilizadas, e
- b) registro de quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIV - ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos, diagnósticos e terapêuticas, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

- a) a sua integridade física;
- b) a privacidade;
- c) a individualidade;
- d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;
- e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e
- f) a segurança do procedimento;

XV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações, por pessoa por ele indicada;

XVI - ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVII - ter a presença de um neonatologista por ocasião do parto e a obrigatoriedade da realização

do teste do pezinho para a detecção de hipertireoidismo congênito, fenilcetonúria, traço falciforme (AS) e anemia falciforme (SS) no recém nascido;

XVIII - receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem estar;

XIX - ter um local digno e adequado para o atendimento;

XX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XXI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XXII - receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

XXIV - optar pelo local de morte.

§ 1º - As crianças e os idosos, ao serem internados, terão em seus prontuários a relação de pessoas que poderão acompanhá-los em tempo integral, durante o período de internação, sendo assegurado ao acompanhante acomodações adequadas para sua permanência ao lado do paciente.

§ 2º - A internação hospitalar só será utilizada na terapêutica do paciente de saúde mental como última opção da equipe, e objetivará a prestação de toda a assistência multiprofissional necessária à mais breve recuperação do paciente considerando que este procedimento deve ser substituído por ações integradas de caráter ambulatorial, com todos os programas de apoio à reintegração desta clientela ao convívio social e produtivo, que incluam novas terapias alternativas e/ou não convencionais, e promovam todos os esforços para a recuperação da auto estima destes pacientes, em conjunto com seus familiares, proporcionando uma melhor qualidade de vida para esses usuários.

§ 3º - Com exceção dos pacientes atendidos em caráter emergencial, em tratamento intensivo ou em estado terminal, os idosos e deficientes terão prioridade no atendimento e tratamento médico e psicológico apropriados, na internação hospitalar, na garantia de atendimento domiciliar de saúde, na utilização de rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação e na prestação de necessidades fisiológicas:

a) a sua integridade física;

b) a privacidade;

c) a individualidade;

d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;

e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e

f) a segurança do procedimento;

XV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações, por pessoa por ele indicada;

XVI - ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVII - ter a presença de um neonatologista por ocasião do parto e a obrigatoriedade da realização do teste do pezinho para a detecção de hipertireoidismo congênito, fenilcetonúria, traço falciforme (AS) e anemia falciforme (SS) no recém nascido;

XVIII - receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem estar;

XIX - ter um local digno e adequado para o atendimento;

XX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XXI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou

fizer parte de pesquisa;

XXII - receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

XXIV - optar pelo local de morte.

§ 1º - As crianças e os idosos, ao serem internados, terão em seus prontuários a relação de pessoas que poderão acompanhá-los em tempo integral, durante o período de internação, sendo assegurado ao acompanhante acomodações adequadas para sua permanência ao lado do paciente.

§ 2º - A internação hospitalar só será utilizada na terapêutica do paciente de saúde mental como última opção da equipe, e objetivará a prestação de toda a assistência multiprofissional necessária à mais breve recuperação do paciente considerando que este procedimento deve ser substituído por ações integradas de caráter ambulatorial, com todos os programas de apoio à reintegração desta clientela ao convívio social e produtivo, que incluam novas terapias alternativas e/ou não convencionais, e promovam todos os esforços para a recuperação da auto estima destes pacientes, em conjunto com seus familiares, proporcionando uma melhor qualidade de vida para esses usuários.

§ 3º - Com exceção dos pacientes atendidos em caráter emergencial, em tratamento intensivo ou em estado terminal, os idosos e deficientes terão prioridade no atendimento e tratamento médico e psicológico apropriados, na internação hospitalar, na garantia de atendimento domiciliar de saúde, na utilização de rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação e na prestação de qualquer dos serviços e ações de saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

Art. 3º É vedado aos serviços de saúde e às entidades públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público:

I - realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação entre os usuários dos serviços de saúde;

II - prestar serviços ou ações de saúde discriminatórios, em termos de acesso ou qualidade dos procedimentos, entre os usuários do Sistema Único de Saúde e os beneficiários de planos, seguros, contratos ou convênios privados de saúde, próprios ou por eles intermediados; e

III - manter acessos diferenciados para os usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidade de atenção semelhante.

Parágrafo único - O disposto no inciso III deste artigo compreende também as portas de entrada e saída, salas de estar, guichês, listas de agendamento e filas de espera.

Art. 4º Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público, bem como as filantrópicas, têm que garantir a todos os pacientes, seus familiares e usuários, após a avaliação do quadro clínico e posterior internação:

I - a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento para a assistência de saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição;

II - o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior;

III - custo da diária da internação, em enfermaria ou quarto particular, com e sem acompanhante;

IV - medicação a ser ministrada ao paciente e seu custo;

V - em casos mais graves, o custo da Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

VI - custo com remoções em ambulância comum ou UTI móvel.

§ 1º - Fica vetada a exigência de caução para atendimento e internação nas unidades hospitalares

mencionadas no Artigo 4º da presente lei.

§ 2º - O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades públicas ou privadas que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta Lei implicará, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, na suspensão imediata da transferência dos recursos do Sistema Único de Saúde à entidade, de qualquer natureza, infratora.

Parágrafo único - Qualquer pessoa é parte legítima para comunicar os casos de descumprimento desta Lei ao Conselho Estadual de Saúde. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08 DE JANEIRO DE 1988

Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 56. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 57. Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 58. 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.

Art. 59. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 61. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 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 todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou ao 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.

Art. 62. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art. 63. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 64. Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 65. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art. 66. Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a

pedido deste ou de seu responsável legal.

Art. 67. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Art. 68. Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Art. 69. Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70. Negar ao paciente acesso a 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.

Art. 71. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado. (...)

PARECER CREMERJ Nº 124, DE 05 DE FEVEREIRO DE 2003

Questões relativas a termo de consentimento informado.

EMENTA: Não deve ser adotado um termo de consentimento informado tipo “padrão”, pois a cada novo passo no diagnóstico, e no tratamento do paciente, devem ser expostos e autorizados os novos procedimentos, sempre em busca da conduta ideal.

PARECER: O Dr. F. F. encaminha para análise do CREMERJ a Minuta de um Termo de Consentimento a ser submetido à apreciação e assinatura do paciente, provavelmente quando de sua internação naquele Hospital.

Por mais que reconheçamos as vantagens que possam advir da assinatura do mesmo é nossa impressão de que é muito difícil para qualquer paciente dar uma “carta branca”, uma autorização para qualquer procedimento que tenha de ser feito, pois cada ato médico tem naturalmente a sua adequada indicação, risco, vantagem e desvantagem na sua realização e é muito mais lógico que o paciente, diante de cada um, ao receber os devidos esclarecimentos do seu médico assistente, concorde com o mesmo ou, em sua impossibilidade de analisar/opinar, os seus responsáveis o façam salvo nas situações emergências. Além disto, por mais que queira um Diretor normatizar, cada médico tem seu ponto de vista, sua forma de relacionamento médico-paciente e sua responsabilidade na proposição dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, sempre em busca da conduta ideal.

RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08 DE JANEIRO DE 1988

Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

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. (...)

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. (...)

PARECER CREMERJ Nº 18, DE 14 DE SETEMBRO DE 1992

Fornecimento de laudo médico entre profissionais médicos.

EMENTA: Alerta para o fato de o segredo médico ter por finalidade prioritária resguardar os interesses do paciente. O médico torna-se confidente do paciente e fica obrigado a guardar sigilo sobre toda informação que obtiver em decorrência de sua atuação profissional. A revelação do sigilo a outro médico dar-se-á para obtenção de parecer, tratamento ou diagnóstico, devendo o médico assistente, no caso, pautar-se segundo o Art. 106 do Código de Ética Médica.

PARECER: A propósito da consulta feita a este CRM pela CMS II RA, esclarecemos que o sigilo médico tem como finalidade primeira resguardar os interesses do paciente.

O médico que na sua atividade profissional torna-se um confidente necessário do paciente está obrigado a guardar sigilo sobre toda informação que obtiver em decorrência de sua atuação profissional.

A revelação do sigilo a outro médico só se fará em benefício do paciente, ou seja, para obtenção de parecer, para tratamento ou diagnóstico.

No caso em tela, a conduta do médico assistente deverá pautar-se segundo o estabelecido no Art. 106 do Código de Ética Médica:

“Art. 106 - É vedado ao médico - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as

circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor”. É o parecer, s. m. j.

PARECER CREMERJ Nº 24, DE 07 DE DEZEMBRO DE 1994

Relações profissionais entre médicos.

EMENTA: Esclarece que o ato médico é, ao mesmo tempo, um procedimento técnico-científico e uma ação sujeitam aos ditames da consciência. Ressalta ainda que o médico é o único responsável por seus atos profissionais, não devendo exercer coação contra o desempenho ético-profissional ou princípios éticos de outro médico.

PARECER: Respostas aos quesitos formulados:

1. O ato médico é, ao mesmo tempo, um procedimento técnico-científico e uma ação sujeitam aos ditames da consciência, pois ao envolver, direta ou indiretamente, o relacionamento entre duas pessoas, subordina-se às normas legais e aos princípios, morais e éticos. Ver o Código de Ética Médica, artigos 2º, 3º, 4º, 5º e 6º.

2. O médico é o único responsável por seus atos profissionais (Código de Ética Médica, artigos 7º e 8º). Por isso, não se dá o caso de “ordens de outro médico”. Por isso, não se dá o caso de “ordens de outro médico”. As relações entre ambos devem obedecer às prescrições dos artigos 18, 19 e 85 do Código de Ética Médica. Quando se tratar de ordem de superior hierárquico, deverá ser atendida desde que:

“1º - não seja manifestadamente ilegal (Código Penal Art. 22);

2º - não for contrária aos ditames de sua consciência (Código de Ética Médica Art. 28)”.

3. O chefe de equipe deveria obedecer às normas dos artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica e não exercer coação contra o desempenho ético-profissional ou os princípios éticos do outro médico. Não é lícito (Art. 173 do Código Penal) e é antiético (artigos 56 e 59 do Código de Ética Médica) embair um paciente. *In casu*, o paciente não deveria ser enganado sobre sua real destinação. Se, após devidamente informado sobre a necessidade de internação psiquiátrica, continuasse a não dar seu consentimento, poder-se-ia aplicar a exceção prevista no artigo 46 do Código de Ética Médica combinado com o artigo 14 do Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934. É o nosso parecer, s. m. j.

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 mes-

ma 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. (...)

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, anexa 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.

§ 2º São 06 (seis) os tipos de ambulâncias, a saber:

a) ambulância de transporte;
b) ambulância de suporte básico;
c) ambulância de suporte médio avançado (UTI móvel);
d) ambulância de resgate;

- e) ambulância de transporte de paciente psiquiátrico;
- f) aeronave de transporte médico.

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 duas ambulâncias.

Art. 3º Os motoristas de ambulâncias deverão ser profissionais e ter cursos específicos para motorista de ambulância.

Art. 4º O não cumprimento desta Resolução constituirá infração ética capitulada na legislação vigente.

Art. 5º Revogar o disposto na Resolução CREMERJ nº 110, de 17 de julho de 1996. (...) **Consulte na íntegra:** www.cremerj.org.br

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 Consultante 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 devam 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.

PARECER CREMERJ Nº 172, DE 04 DE SETEMBRO DE 2006

Questão relativa ao transporte de pacientes acompanhados por médicos residentes.

EMENTA: Apesar de o médico residente estar legalmente habilitado ao exercício da medicina, qualquer atividade fora de sua rotina, sobretudo quando haja pacientes graves envolvidos, deve ser autorizada por seu preceptor.

PARECER: Considerando que o médico residente está habilitado por seu Conselho Regional de Medicina ao exercício profissional, não há qualquer impedimento legal a que ele acompanhe paciente a ser transportado para realização de exames ou para transferências.

Deve-se lembrar, entretanto, que o médico residente está em fase de formação especializada, sujeito à orientação e supervisão de preceptor qualificado. Este deve autorizá-lo e avaliar a sua capacitação para qualquer atividade fora da rotina, no local onde realiza o programa de treinamento, principalmente quando haja pacientes graves envolvidos nos procedimentos. É o parecer, s.m.j.

“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 Conceção, Nova Esperança).

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 qual-

quer 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. (...)

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.

CONCLUSÃO: Considerando o contido no Art. 29 do Decreto nº 20.931/32, (...), 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 e leis mencionados distam no tempo cinqüenta e oito e cinqüenta e seis anos, respectivamente, e, portanto, já não traduzem a realidade dos dias atuais. (...) Este é o meu parecer s.m.j.

PARECER CREMERJ Nº 43, DE 28 DE FEVEREIRO DE 1996

Internação compulsória por via judiciária de paciente sub-judice.

EMENTA: O Juiz tem autoridade para mandar internar pacientes sub-judice. O delegado de polícia também poderá internar, em casos de urgência. Como garantia de custódia é aceita a presença de agentes policiais nas dependências da instituição. O SUS continua responsável pelo pagamento dos serviços prestados ao paciente sub-judice.

CONSULTA: O diretor de uma clínica para tratamento de doenças mentais consulta o CREMERJ sobre a obrigação de um estabelecimento médico privado receber pacientes encaminhados pela Justiça ou por delegados de polícia, em situação sub-judice. Questiona, ainda, a presença, nesses casos, de vigilância policial em face do desconforto que tal medida causa aos demais pacientes internados. Pergunta, também, sobre como proceder nos casos de alta já que, a comunicação do Juiz, nessa situação, cria problemas administrativos com o SUS, com o qual a clínica mantém contrato de prestação de serviços, uma vez que os prazos estipulados para a internação ficam superados.

PARECER: O assunto encontra-se plenamente disciplinado no Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de setembro de 1940) e no Código de Processo Penal (Decreto-Lei nº 3.689 de 03 de outubro de 1941). O item I do artigo 96 do Código Penal autoriza o juiz, ao aplicar medida de segurança, mandar internar em hospital de custódia e tratamento ou, à falta, em outro estabelecimento adequado. O artigo 150 do Código de Processo Penal autoriza o juiz a mandar internar em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado, em casos de superveniência de doença mental. Ainda o Código de Processo Penal diz em seu artigo 682 que o juiz mandará, caso sobrevenha doença mental, internar em manicômio judiciário ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, assegurada a custódia do detido. Por fim, o artigo 759 autoriza o juiz mandar internar em estabelecimento adequado para fins de exame mental, o preso que a lei presumir perigoso. Fica bem claro, assim, que o juiz tem plena autoridade para mandar internar em estabelecimento adequado, entendendo-se por esta expressão, clínicas e hospitais psiquiátricos, públicos, privados ou conveniados. Quanto à autoridade policial (delegado de polícia), o parágrafo 1º do artigo 682 do Código de Processo Penal permite que mande remover o preso para manicômio judiciário

ou estabelecimento adequado, em casos de urgência, sendo a providência imediatamente comunicada ao juiz.

Quanto à presença de agentes policiais, o “caput” do artigo 682 manda que seja assegurada a custódia quando se tratar de estabelecimento adequado, que são, como vimos, os hospitais e clínicas psiquiátricas. Tais estabelecimentos não têm, em geral, condições de segurança para garantir a custódia o que leva a não se poder prescindir da presença de agentes policiais, em que pese o inconveniente da situação.

Comunicada a alta médica ao juiz, deve-se solicitar autorização para a desinternação ou envio da pessoa para estabelecimento prisional (delegacia de polícia). Enquanto se aguarda tal providência, o preso ficará custodiado pela clínica ou hospital e o SUS continuará responsável por sua permanência na instituição. O SUS, através da Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, deve ser comunicado imediatamente sobre tal ocorrência, citando-se, se necessário, a legislação já referida. É o parecer.

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 CREMERJ Nº 183, DE 16 DE ABRIL DE 2007

Questão relativa à contenção física de pacientes.

EMENTA: Excepcionalmente, em pacientes agitados e desorientados, a contenção física pode e deve ser adotada, desde que respeitados os direitos e princípios previstos nas normas legais e administrativas em vigor.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. L. E. C. L., o qual deseja ser informado sobre normas para contenção de pacientes muito agitados e/ou desorientados, internados em hospitais que não dispõem de médicos especialistas em Psiquiatria.

PARECER: A única norma legal que se pode aplicar à contenção física de pacientes é a Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001, que no artigo 2º, item VIII do parágrafo único, declara ser direito do paciente “ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”. Sendo indubitavelmente a restrição física um meio invasivo, deduz-se que sua aplicação deve ser excepcional e cercada de todos os cuidados para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível.

O parágrafo 11 do princípio onze dos “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 17 de dezembro de 1991 e adotados no Brasil pela Resolução n. 1.407/94 de 08 de junho de 1994 do Conselho Federal de Medicina, estabelece que a restrição física só pode ser admitida quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Não deve se prolongar além do tempo estritamente

necessário e suas razões, natureza e extensão deverão ser registradas no prontuário médico. São obrigatórias também a manutenção de condições humanas e a supervisão de membros qualificados da equipe de saúde. Recomenda-se ainda que o representante pessoal do usuário seja logo notificado do ato de restrição.

A leitura atenta do “Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - Versão Hospitais Psiquiátricos”, colocado em vigor pelas Portarias GM/MS nº 3.408 de 05 de agosto de 1998 e GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, faz concluir que a contenção física só deve ser adotada em casos raros e excepcionais, mas sempre com presença física permanente de um membro da equipe e com prescrição e justificativa no prontuário por médico.

Assim, a contenção física pode e deve ser adotada em pacientes agitados e desorientados, desde que respeitados os procedimentos acima expostos. A presença ou ausência de especialista em Psiquiatria em nada acarreta mudança neste entendimento, uma vez que qualquer médico está legalmente habilitado para agir. É o parecer, s.m.j.

TRANSFUÇÃO DE SANGUE

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 136, DE 13 DE JANEIRO DE 1999

Dispõe sobre a postura do médico diante da recusa de paciente em receber transfusão de sangue e/ou seus derivados e revoga as disposições em contrário, especialmente o Parecer CREMERJ nº 25/94.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º O médico, ciente formalmente da recusa do paciente em receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, deverá recorrer a todos os métodos alternativos de tratamento ao seu alcance.

Art. 2º O médico, sentindo a impossibilidade de prosseguir o tratamento na forma desejada pelo paciente, poderá, nos termos do Parágrafo Primeiro, do artigo 61, do Código de Ética Médica, renunciar ao atendimento.

§ 1º Antes de renunciar ao atendimento, o médico comunicará o fato ao paciente, ou a seu representante legal, certificando-se do seu encaminhamento a outro profissional e assegurando, ainda, o fornecimento de todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º A responsabilidade ético-profissional do médico somente cessará quando do recebimento do paciente pelo médico substituto, devendo, até então, fazer uso de todos os recursos ao seu alcance para manutenção do paciente.

§ 3º Na impossibilidade de se efetivar a transferência da responsabilidade ético-profissional, por quaisquer motivos, a orientação do tratamento caberá ao médico que estiver assistindo o paciente.

Art. 3º O médico, verificando a existência de risco de vida para o paciente, em qualquer circunstância, deverá fazer uso de todos os meios ao seu alcance para garantir a saúde do mesmo, inclusive efetuando a transfusão de sangue e/ou seus derivados, comunicando, se necessário, à Autoridade Policial competente sobre sua decisão, caso os recursos utilizados sejam contrários ao desejo do paciente ou de seus familiares.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, especialmente o Parecer CREMERJ nº 25/94. (...)

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”.

Consulte na íntegra: www.cremerj.org.br

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.

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, argüiu 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 o 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. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 221, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006

Define a responsabilidade médica na assistência ventilatória.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º São de responsabilidade médica exclusiva as seguintes ações na assistência ventilatória:

- I - estabelecer, frente ao paciente portador de insuficiência respiratória aguda, o tipo de ventilação mecânica (invasiva ou não-invasiva);
- II - indicar e estabelecer critérios técnicos na assistência ventilatória não-invasiva hospitalar ou domiciliar;
- III - definir a interface paciente-ventilador (tubo endotraqueal ou máscara de ventilação não-invasiva);
- IV - realizar a intubação endotraqueal;
- V - estabelecer a estratégia ventilatória inicial;
- VI - indicar e prescrever os medicamentos inalatórios, sedativos e bloqueadores neuromusculares a serem administrados;
- VII - definir mudança da estratégia ventilatória diante de intercorrências;
- VIII - definir o momento de início de liberação da prótese ventilatória;
- IX - definir e supervisionar o programa de retirada da prótese ventilatória;
- X - definir o momento e executar a retirada da via aérea artificial;

XI – indicar e executar a traqueostomia quando necessária;
Parágrafo único. O disposto neste artigo não pode ser delegado e/ou ensinado a outros profissionais de saúde, exceto aos estudantes de Medicina nos estágios diretamente supervisionados ou cursos específicos.

Art. 2º O não cumprimento da presente Resolução constitui infração ética.

Art. 3º O médico Diretor Técnico da instituição também é responsável pelo cumprimento desta Resolução. (...)

PARECER CREMERJ Nº 64, DE 1º 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.

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.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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).

A Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, normatiza o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Ela estabelece regras que vão desde as especializações da equipe médica até as características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas ambulâncias.

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 condições 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. 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". **Consulte na íntegra:** www.portalmedico.org.br

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.672, DE 09 DE JULHO DE 2003

Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências.

(...) **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 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 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.

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 consequente 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. (...)

PARECER CFM Nº 09, DE 14 DE JUNHO DE 2007

Curso de suporte básico de vida na capacitação de leigos para o uso de desfibriladores automáticos externos.

EMENTA: Os cursos de suporte básico de vida são suficientes para capacitar leigos no uso de desfibriladores automáticos externos, em casos de urgência e emergência e na ausência de médico no local, desde que ministrados por entidades credenciadas pelo Conselho Nacional de Ressuscitação, sociedades médicas de especialidades, Núcleos de Educação em Urgência do Ministério da Saúde e Centros de Capacitação previstos na Resolução CFM nº 1.671/03.

II. MÉRITO: Este assunto já foi anteriormente debatido pelo pleno do Conselho Federal de Medicina, que na ementa do Parecer-Consulta nº 44/01 deliberou, em 22/11/01, que: *“Em situações de emergência e na ausência de médico no local, o uso de desfibriladores externos automáticos pode ser feito por leigos treinados e supervisionados por médicos, através de cursos promovidos por Sociedades de Especialidades afins e fiscalizados pelos Conselhos de Medicina”*.

Quanto à particularidade de a Lei Complementar do município de Florianópolis estabelecer que a capacitação de leigos seja realizada através de cursos de suporte básico de vida, promovidos por entidades credenciadas pelo Conselho Nacional de Ressuscitação (CNR), nenhum reparo mereceria, pois o parecer supramencionado menciona os cursos de suporte básico de vida como o meio eficaz para capacitar leigos na aplicação não só do uso do desfibrilador externo automático, como também das manobras de ressuscitação até a chegada do médico, obviamente treinado em suporte avançado de vida.

Quanto à exclusividade citada em lei, lembro que o Conselho Nacional de Ressuscitação foi criado em 1996, tendo suas atividades reconhecidas como instituição multidisciplinar em 2001. No momento, passa por processo jurídico para obter sua regulamentação e ratificar sua autonomia. Com o objetivo de reforçar a “corrente da sobrevivência” – união de procedimentos e ações que devem ser aplicados diante de uma emergência clínica ou cardiovascular, como acesso rápido ao serviço médico de emergência, ressuscitação cardiopulmonar rápida, desfibrilação rápida e suporte avançado de vida rápido – em cada comunidade do país, o CNR atua em conjunto com várias instituições. Atualmente, é uma organização não-governamental composta por mais de 40 entidades, entre as quais a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (Sbait), a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e o Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia (SBC/Funcor), a Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM) e outras. Entretanto, não deve ser a única entidade autorizada, por lei, a promover e ministrar os cursos de suporte básico e avançado de vida, pois existem outras previstas para tal e contempladas, tanto na Política Nacional de Atenção às Urgências (Ministério da Saúde) como na Resolução CFM nº 1.671/03.

O Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria nº 1.863/GM, a Política Nacional de Atenção às Urgências e, por intermédio das Portarias nos 2.048/02 e 1.864/03, a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU).

A Resolução CFM nº 1.671/03 dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e normatiza a atividade médica na área de urgência e emergência na fase pré-hospitalar, orientando no sentido da existência de Centros de Capacitação envolvendo as escolas médicas e de enfermagem, visando a melhor formação dos que prestarão atendimento.

O Parecer-Consulta CFM nº 26/03, aprovado em 9/5/03, é cristalino ao reconhecer a importância

dos cursos de suporte básico de vida para os profissionais não-médicos que atuam no atendimento pré-hospitalar, reservando-se aos médicos somente os cursos de suporte avançado de vida, cujos procedimentos só a eles podem ser ensinados.

Além disso, não é demais lembrar que muitos outros municípios e estados já aprovaram leis regulamentando o assunto, estando a Lei Complementar do município de Florianópolis em perfeita sintonia, inclusive, com o Projeto de Lei do Senado nº 344/03, do senador médico Tião Viana, exceto pela exclusividade concedida ao CNR para credenciar instituições promotoras dos referidos cursos.

III. CONCLUSÃO: Diante do exposto, entendo que os cursos de suporte básico de vida são suficientes para capacitar leigos em reanimação cardiorrespiratória, inclusive no manuseio criterioso de desfibriladores externos automáticos, em situações de emergência e na ausência de médico no local, desde que ministrados por entidades credenciadas pelo Conselho Nacional de Ressuscitação, por sociedades médicas de especialidades afins e por Núcleos de Educação em Urgências do Ministério da Saúde, sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de Saúde e Centros de Capacitação vinculados às escolas médicas e de enfermagem, previstos na Resolução CFM nº 1.671/03, na condição de que, todas, sejam supervisionadas por médicos e fiscalizadas pelos Conselhos Regionais de Medicina. Este é o parecer, SMJ.

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 04 (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, exce-tuando-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). (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 222, DE 02 DE OUTUBRO DE 2006

Normatiza o atendimento médico na porta de entrada dos serviços de emergência.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º Nos hospitais e serviços de emergência todos os pacientes com agravos à saúde terão sua avaliação de risco efetuada pelo médico, e serão encaminhados diretamente ao setor de emergência ou ao setor de atendimento de baixa complexidade (pronto-atendimento).

§1º É vedada a dispensa de pacientes com agravos à saúde antes que os mesmos recebam atendimento médico.

Art. 2º No setor dito pronto-atendimento o quantitativo de médicos ali lotados será avaliado pela chefia médica, de acordo com o histórico da demanda.

§1º O atendimento deverá ser realizado em consultório próprio que disporá, no mínimo, de maca de exame, mesa, cadeiras e material de documentação médica, garantindo-se a privacidade e intimidade do paciente.

§2º Todos os exames complementares sob requisição médica de Radiologia, Patologia Clínica, e outros compatíveis com o nível de complexidade do setor e da unidade, terão sua realização garantida.

§3º A aplicação de eventual medicação sob prescrição médica em sala própria com medicação compatível com o nível de complexidade do setor, terá sua realização garantida.

Art. 3º Os pacientes pediátricos serão atendidos diretamente por Setor de Pediatria, do serviço dito de pronto-atendimento, quando houver, ou da Emergência de acordo com a complexidade do caso e com fluxo e contra-fluxo entre os setores quando houver necessidade.

Art. 4º Após o atendimento, o paciente poderá ser, a critério médico, encaminhado para: 1- O setor de Emergência com a documentação pertinente; 2- Para referência ambulatorial, obrigatoriamente pré-pactuada; 3- Alta.

Art. 5º Fica aprovado o anexo da Resolução.

Art. 6º O descumprimento da presente resolução constitui infração ética.

Parágrafo Único. Cabe ao Diretor Técnico da unidade de saúde fazer cumprir as determinações da presente resolução. (...) **Consulte na íntegra:** www.cremerj.org.br

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.

PARECER: O paciente com Traumatismo Crânio-Encefálico, ou qualquer outra patologia neuro-cirúrgica, 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 Nº 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. (...)

PARECER CREMERJ Nº 169, DE 30 DE AGOSTO DE 2006

Acerca do atendimento a pessoas inválidas e/ou acidentadas em via pública.

EMENTA: Deve o médico em plantão analisar cada caso individualmente e avaliar se sua saída para prestar atendimento fora do ambiente hospitalar não representa risco para os pacientes presentes ou para aqueles que possam chegar a qualquer momento. Caso possível deverá prestar socorro à pessoa inválida em via pública, apesar de ser, inicialmente, tal incumbência do Corpo de Bombeiros, através do Grupo de Socorro de Emergência, conforme Decreto Estadual nº 9.503/86.

CONSULTA: Constantemente, vários médicos e estabelecimentos assistenciais de saúde se reportam a este Conselho com o fim de ser orientados sobre quem teria competência para socorrer pessoas enfermas ou acidentadas em vias públicas. Em geral, questionam se deve o médico se ausentar do plantão para prestar atendimento a paciente grave fora do ambiente hospitalar.

PARECER: O Decreto Estadual nº 9.503, de 09 de julho de 1986 criou o Programa de Atendimento de Emergências em Vias Públicas, delegando competência ao Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, através do Grupo de Socorro de Emergência - GSE, para agir em

situações de emergência em vias públicas.

Contudo, há que se advertir que o socorro deve ser prestado por todos os cidadãos a qualquer pessoa que necessite, sobretudo nos casos de risco de vida, para que não se infrinja o artigo 135 do Código Penal Brasileiro, crime de omissão de socorro:

“Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir nesses casos, o socorro da autoridade pública.”

Por outro lado, o Código de Ética Médica estatui, no capítulo referente à responsabilidade profissional, que é vedado ao médico:

“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 preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.”

Deste modo, em relação à possibilidade de o médico se ausentar do plantão para atender à pessoa necessitada fora do ambiente hospitalar, o CREMERJ orienta que deve ele analisar cada caso individualmente e avaliar se sua saída não representará risco para os pacientes presentes ou para aqueles que possam chegar a qualquer momento. Caso possível, deverá prestar socorro à pessoa inválida em via pública, apesar de ser, inicialmente, tal incumbência do Corpo de Bombeiros, através do GSE.

De qualquer forma, se o médico se ausentar do plantão para prestar o atendimento, deverá documentar no livro de ocorrências a razão de sua saída. É o parecer, s.m.j.

PARECER CREMERJ Nº 176, DE 16 DE OUTUBRO DE 2006

Atendimento de casos pediátricos por médico não-especialista, face à ausência de pediatra no plantão.

EMENTA: A composição das equipes de assistência a urgências e emergências deve atender ao disposto na Resolução CREMERJ nº 100/96, que prevê a permanência de pediatra nos plantões. A ausência deste especialista é um problema grave que deve ser resolvido pela direção técnica do hospital, a qual poderá até contar com a eventual colaboração dos outros especialistas de plantão, mas não se prevalecer disso para se esquivar de resolver a questão.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. F. G., o qual informa trabalhar em um hospital público, atendendo como clínico plantonista no pronto socorro. Expõe que, há algum tempo, o pediatra pediu demissão e que, após este evento, vem sendo pressionado a prestar atendimento a crianças, mesmo não tendo formação voltada para essa especialidade. Deseja ser orientado sobre como se posicionar diante de tais pressões.

PARECER: É consenso na classe médica que o compromisso dos médicos com a sua profissão e a ética está acima do resultante de contratos. Entretanto, este compromisso não pode ser invocado com o intuito de gerar vantagens para empregadores, ou para justificar a inércia de gestores de hospitais. Assim, o médico contratado ou empregado, em cujo contrato esteja mencionada a especialidade para a qual foi admitido, não tem obrigação de exercer atividade não pactuada em sua contratação. Obviamente, em condições de urgência, risco de vida do paciente e na eventual inexistência de outros colegas na região, por uma questão ética e não contratual, deve o médico envidar seus melhores esforços e prestar assistência a quem dele necessite.

O Código de Ética Médica garante ao médico o direito de recusar-se a prestar atendimento em especialidades para as quais não se considere apto. Este direito está insculpido nos artigos 7º e 8º deste Estatuto:

“Art. 7º. 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 casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

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.”

Portanto, é perfeitamente lícito que o profissional se recuse a prestar atendimento nas áreas do conhecimento médico para as quais não se considere habilitado, sob pena de trazer prejuízos, ao invés de benefícios, ao paciente sob os seus cuidados.

Entretanto, o próprio Código de Ética Médica impõe limites a esta autonomia ao ressaltar os casos de urgência, ausência de outro médico, ou quando a negativa de atendimento possa trazer danos irreversíveis ao paciente. Ademais, muito além das normas e regulamentos institucionais, o compromisso ético do médico o obriga a assumir a assistência de qualquer paciente, e não se tem dúvidas que ele o fará, quando seja imprescindível a sua atuação.

Contudo, há que se ter claro que a composição das equipes de assistência a urgências e emergências deve atender ao disposto na Resolução CREMERJ nº 100/96, que prevê a permanência de pediatra de plantão em todos os hospitais - públicos ou privados - que se prestem ao atendimento desses casos, em qualquer nível.

Por conseguinte, a ausência de pediatra de plantão em estabelecimentos que atendam a urgências e emergências é um problema grave, que deve ser resolvido pela direção técnica do hospital, a qual, como dito anteriormente, poderá até contar com a eventual colaboração dos outros especialistas de plantão, em situações excepcionais, mas não se prevalecer disso para se esquivar de resolver a questão. É o parecer, s. m. j.

VISITA MÉDICA

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. (...)

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: Salieta 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. (...)

PARTE VI
INSTALAÇÃO DE
CLÍNICAS E HOSPITAIS

O Sistema de Vigilância Sanitária do País funciona nas três esferas de governo. Cabe a esfera federal a normalização e a fiscalização somente de portos, aeroportos e fronteiras e algumas empresas que fabricam produtos para a saúde. Aos governos estaduais e municipais, cabe a normalização complementar e a fiscalização propriamente dita. Portanto, a fiscalização, análise e a aprovação de projetos de qualquer estabelecimento de saúde são feitas pelas vigilâncias sanitárias das secretarias estaduais ou municipais de saúde (isto varia de estado para estado e de município para município, a depender a estrutura administrativa e da disponibilidade técnica destes).

O 1º ato de vigilância é justamente a aprovação de projetos, que deve ser feita antes da obra ser iniciada ou antes da empresa entrar em funcionamento. Este é um pré-requisito para se retirar o alvará sanitário.

A norma que regulamenta todos os projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), inclusive consultórios, é a **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**, que *“Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*, alterada pelas **Resoluções - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 e nº 189, de 18 de julho de 2003**.

Consulte na íntegra: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf

Dúvidas sobre assuntos pertinentes à Vigilância Sanitária podem ser esclarecidas no site www.anvisa.gov.br/faqdinamica/, como por exemplo, orientação sobre pagamento de taxas, fiscalização de alimentos, instalações de UTI em hospitais e registro de produtos saneantes.

PARTE VII
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 (CNRM). Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: março 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Notícias da Anvisa. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: março de 2006.

_____. 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.portalmedico.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 DO RIO DE JANEIRO. **Resoluções e pareceres**. Disponível em: <<http://www.cremernj.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.

PEREIRA FILHO, Antonio, CARNEIRO, Luiz Fernando, MACHADO, Maria Luiza R. de Andrade. **Manual de diretoria clínica**. CREMESP, 2000.

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.

PARTE VIII
ORIENTAÇÕES
E ENDEREÇOS

ENDEREÇO

Mantenha atualizados os seus dados cadastrais junto ao CREMERJ possibilitando, assim, receber regularmente jornais, comunicados e outros informes.

ANUIDADE

A anuidade é estipulada pelo Conselho Federal de Medicina e **deve ser paga até 31 de março de cada exercício**. Se o médico não receber o boleto deve entrar em contato com o CREMERJ nesse período ou poderá acessá-lo eletronicamente, com o conforto e a segurança da Internet.

MODALIDADES E INSCRIÇÕES

Primária ou Definitiva: Registro em apenas um Conselho. É a primeira inscrição que o médico faz logo após a sua formatura; ou aquela que é originária de um processo de transferência. Neste caso, recolhe a anuidade somente no Estado correspondente.

Secundária: Registro concedido a médico originário de outro CRM e que pretenda manter sua inscrição no CRM de origem. O médico poderá manter quantas inscrições secundárias desejar e deverá pagar as anuidades em todos os CRMs onde estiver inscrito.

Transferência: Mudança definitiva de um Estado para outro. Registro concedido a médico vindo de outro Estado onde já possui uma inscrição, e que pretenda atuar apenas no Estado do Rio de Janeiro cancelando a inscrição no CRM de origem.

Reinscrição: Concedido ao médico que já solicitou o cancelamento de sua inscrição no CREMERJ, mas que pretende voltar a exercer a medicina no Estado do Rio de Janeiro. São três as modalidades de reinscrição:

SIMPLES (médico retorna ao CREMERJ, após ter ficado um período com o registro inativo).

POR TRANSFERÊNCIA (médico retorna ao CREMERJ, que era o seu CRM de origem, cancelando a sua inscrição no CRM para o qual foi transferido).

SECUNDÁRIA (médico retorna ao CREMERJ, que era o seu CRM de origem, mas manterá a inscrição no CRM para o qual foi transferido).

MÉDICO MILITAR

Nos termos da Lei Federal nº 6.681/79, poderá requerer a isenção do pagamento da anuidade, **até o dia 28 de fevereiro de cada ano**, desde que comprove, por meio de declaração expedida pela unidade em que está servindo, exclusivamente às Forças Armadas. (**modelo no site**)

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Nas seguintes condições: Aposentadoria, doença, viagem ao exterior por período prolongado, motivos de ordem particular, etc.

Procedimento: Deverá formalizar o pedido por escrito encaminhando a Carteira Profissional de médico e a Cédula de Identidade Médica. É necessário que esteja quite com a anuidade do CREMERJ. A qualquer momento poderá se reinscrever, mantendo o mesmo número de registro. Este número de registro é vitalício.

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

Na hipótese de retornar ao Estado de origem, o cancelamento da inscrição deve ser solicitado para evitar que incida cobrança de anuidade.

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS

Sempre que houver furto ou extravio de documentos, receituário e carimbo é recomendável que o médico (vítima) compareça na Delegacia de Polícia, onde será lavrado Boletim de Ocorrência (B.O.) com a posterior comunicação do fato ao CREMERJ (carta acompanhada de fotocópia do B. O.). Com a apresentação do Boletim de Ocorrência não será cobrada taxa para emissão de nova carteira.

SECCIONAIS E SUBSEDES

Dado a necessidade de descentralização das atividades do CREMERJ e visando facilitar o interesse do médico, foram criadas no interior do Estado e em Regiões da Capital, as quais poderão instruir e resolver problemas sem que haja a necessidade do deslocamento até a Sede-Capital.

Em caso de dúvidas mantenha contato telefônico com o CREMERJ, afinal, ele existe para servi-lo.

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

Tel.: (21) 3184-7050

Fax: (21) 3184-7120

Homepage: www.cremerj.org.br

e-mail: cremerj@cremerj.org.br

Serviço de Informação ao Médico

Tel.: (21) 3184-7142/7268/7270/7267

SUBSEDE MADUREIRA

Estrada do Portela, nº 29/302 - Madureira
CEP: 21.351-050 - Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2452-4531
e-mail: madureira@cremerj.org.br

SUBSEDE TIJUCA

Rua Soares da Costa, nº 10 - loja 324
Shopping 45 - Tijuca
CEP: 20.520-100 - Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2565-5517/2204-1493
e-mail: tijuca@cremerj.org.br

SUBSEDE BARRA DA TIJUCA

Av. das Américas, nº 3.555/2º piso/sala 226
- Bloco 1
Shopping Barra Square - Barra da Tijuca
CEP: 22.631-003 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21)2432-8987/3325-1078
e-mail: barradatijuca@cremerj.org.br

SUBSEDE DA ILHA DO GOVERNADOR

Estrada do Galeão, nº 826 - 1º Piso/Loja 110
Shopping Golden Ilha - Ilha do Governador
CEP: 21.931-630 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21)2467-0930
e-mail: ilha@cremerj.org.br

SUBSEDE CAMPO GRANDE

Av. Cesário de Melo, nº 2.623/302
Centro Empresarial Campo Grande
Campo Grande
CEP: 23.052-102 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21)2413-8623
e-mail: campogrande@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS

Rua Professor Lima, nº 160/506 e 507
Ed. Paço dos Profissionais - Centro
CEP: 23.900-000 - Angra dos Reis/RJ
Telefax: (24)3365-0330/3365-0793
e-mail: angra@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA MANSA

Rua Pinto Ribeiro, nº 103 - Centro
CEP: 27.310-420 - Barra Mansa/RJ
Tel.: (24)3322-3621
e-mail: barramansa@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA DO PIRAI

Rua Tiradentes, nº 50/401 - Centro
CEP: 27.135-500 - Barra do Pirai/RJ
Tel.: (24)2442-7053
e-mail: barradopirai@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CABO FRIO

Av. Julia Kubitschek, nº 39/111
Jardim Riviera
CEP: 28.905-000 - Cabo Frio/RJ
Telefax: (22)2643-3594
e-mail: cabofrio@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CAMPOS

Praça São Salvador, nº 41/1405
CEP: 28.010-000 - Campos/RJ
Telefax: (22)2723-0924/2722-1593
e-mail: campos@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ITAPERUNA

Rua Dez de Maio, nº 626/406 - Centro
CEP: 28.300-000 - Itaperuna/RJ
Telefax.: (22)3824-4565
e-mail: itaperuna@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE MACAÉ

Rua Dr. Júlio Olivier, nº 383/205
Centro
CEP: 27.913-160 - Macaé/RJ
Tel.: (22)2772-0535/2772-7584
e-mail: macae@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NITERÓI

Rua Miguel de Frias, nº 40 - 6º andar
Icaraí

CEP: 24.220-002 - Niterói/RJ

Telefax.: (21)2620-9952

/2717-3177/2620-4170

e-mail: niteroi@cremerj.org.br

**SECCIONAL MUNICIPAL
DE NOVA FRIBURGO**

Rua Luiza Engert, nº 01/202 e 203 - Centro

CEP: 28.610-070 - Nova Friburgo/RJ

Telefax: (22)2522-1778/2523-7977

e-mail: friburgo@cremerj.org.br

**SECCIONAL MUNICIPAL
DE NOVA IGUAÇU**

Rua Dr. Paulo Fróes Machado, nº 88/202
Centro

CEP: 26.255-172 - Nova Iguaçu/RJ

Telefax: (21)2667-4343/2668-7646

e-mail: novaiguacu@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS

Rua Doutor Alencar Lima, nº 35/1208-1210
Centro

CEP: 25.620-050 - Petrópolis/RJ

Telefax: (24)2243-4373/2247-0554

e-mail: petropolis@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE RESENDE

Rua Gulhot Rodrigues, nº 145/sl. 405
Edifício Iade

Bairro Comercial

CEP: 27.542-040 Resende/RJ

Tel.: (24)3354-3932

e-mail: resende@cremerj.org.br

**SECCIONAL MUNICIPAL
DE SÃO GONÇALO**

Rua Coronel Serrado, nº 1000
salas 907 e 908

CEP: 24.440-000 - São Gonçalo/RJ

Tel.: (21)2605-1220

e-mail: saogoncalo@cremerj.org.br

**SECCIONAL MUNICIPAL
DE TERESÓPOLIS**

Rua Wilhelm Cristian Kleme, nº 680
Ermitage

CEP: 25.975-560 - Teresópolis/RJ

Tel.: (21)2643-5830

e-mail: teresopolis@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VALENÇA

Rua Padre Luna, nº 99/sl. 203 - Centro

CEP: 27.600-000 - Valença/RJ

Telefax: (24)2453-4189

e-mail: valenca@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VASSOURAS

Av. Expedicionário Oswaldo de Almeida
Ramos, nº 52/203

Centro

CEP: 27.700-000 - Vassouras/RJ

Telefax: (24)2471-3266/2471-6652

e-mail: vassouras@cremerj.org.br

**SECCIONAL MUNICIPAL
DE VOLTA REDONDA**

Rua Vinte, nº 13/101 - Vila Santa Cecília

CEP: 27.260-290 - Volta Redonda/RJ

Telefax: (24)3348-0577

e-mail: voltaredonda@cremerj.org.br

CFM - Conselho Federal de Medicina
SGAS, 915, Lote 72 - Brasília/DF
CEP: 70.390-150
Tel.: (61) 3346-9800
Fax: (61) 3346-0231
Site: www.portalmedico.org.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - RJ

Rua México, nº 128 - 5º andar
Tel.: (21) 2240-2768/2224-2868/2240-2275
Site: <http://www.saude.rj.gov.br/>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RJ

Rua Afonso Cavalcanti, nº 455 - 8º andar
Tel.: (21) 2503-2280/2503-2239
Site: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>

VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Rua do Lavradio, 180 - Centro
Site: www.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria
E-mail: ouvidovisa@pcrj.rj.gov.br
Setor de Saúde: 2215-0687
Reclamações/Denúncias: 2503-2280/2215-0690

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Tel.: (61) 3448-1000
Site: <http://www.anvisa.gov.br/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Brasília/DF
CEP: 70.058-900
Tel.: (61) 3315-2425
Site: <http://www.saude.gov.br>
DISQUE SAÚDE: 0800 61 1997

