



ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2013/2018
DIRETORIA - 01/10/2013 a 31/05/2015

Presidente:	Cons.	Mauricio Marcondes Ribas
Vice-Presidente:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
Secretário Geral:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
1ª Secretária:	Cons ^a .	Keti Stylianos Patsis
2ª Secretária:	Cons ^a .	Cecília Neves de Vasconcelos Krebs
1º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
2º Tesoureiro:	Cons.	Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
1ª Corregedora:	Cons ^a .	Gláucia Maria Barbieri
2ª Corregedora:	Cons ^a .	Regina Celi Passagnolo Sergio Piazzetta

CONSELHEIROS

Adônis Nasr	José Clemente Linhares
Afrânio Benedito Silva Bernardes	Julierme Lopes Melinger
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Keti Stylianos Patsis
Alexandre Gustavo Bley	Lizete Rosa e Silva Benzoni
Álvaro Vieira Moura	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa
Cecília Neves de Vasconcelos Krebs	Marília Cristina Milano Campos de Camargo
Clóvis Marcelo Corso	Maurício Marcondes Ribas
Cristina Aranda Machado	Mauro Roberto Duarte Monteiro
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Nazah Cherif Mohamad Youssef
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Paulo Cesar Militão da Silva
Fábio Luiz Ouriques	Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta
Fernando Cesar Abib	Roberto Issamu Yosida
Gisele Cristine Schelle	Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira
Gláucia Maria Barbieri	Tânia Maria Santos Pires Rodrigues
Gustavo Justo Schulz	Teresa Cristina Gurgel do Amaral
Hélcio Bertolozzi Soares	Thadeu Brenny Filho
Jan Walter Stegman	Viviana de Mello Guzzo Lemke
Jeziel Gilson Nikosky	Wilmar Mendonça Guimarães
José Carlos Amador	Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS NATOS

Duilton de Paola
Farid Sabbag
Luiz Carlos Sobânia
Luiz Sallim Emed
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Hécio Bertolozzi Soares
Gerson Zafalon Martins
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Alexandre Gustavo Bley.

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)

Gestor

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

Médicos fiscais de Curitiba

Dr. Elísio Lopes Rodrigues
Dr. Jun Hirabayashi
Dra. Teresa Ribeiro de Andrade Oliveira

Médico fiscal do Interior

Dr. Paulo César Aranda (Londrina)

DEPARTAMENTO JURÍDICO

Consultor Jurídico

Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

Assessores Jurídicos

Adv. Afonso Proença Branco Filho
Adv. Martim Afonso Palma

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 – Vista Alegre – Curitiba - Paraná – CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br – Telefone: (41) 3240-4000 – Fax: (41) 3240-4001

DELEGACIAS REGIONAIS

APUCARANA

Artur Palú Neto (Diretor)
Eduardo Henrique Felipe de Paula (Vice-Diretor)
Leonardo Marchi (Secretário)
Ângelo Yassushi Hayashi
Jaime de Barros Silva Júnior
Pedro Elias Batista Gonçalves
Pieker Fernando Migliorini
Ribamar Leonildo Maroneze
Sérgio Seidi Uchida

CAMPO MOURÃO

Fernando Dlugosz (Diretor)
Fábio Sinisgalli Romanello Campos (Vice-Diretor)
Homero Cesar Cordeiro (Secretário)
Artur Andrade
Carlos Roberto Henrique
Dairton Luiz Legnani
Manuel da Conceição Gameiro
Rodrigo Seiga
Romildo Joaquim Souza

CASCATEL

Keith De Jesus Fontes (Diretor)
Roberto Augusto Fernandes Machado (Vice-Diretor)
Karin Erdmann (Secretária)
Amaury Cesar Jorge
André Pinto Montenegro
Antonio Carlos de Andrade Soares
Hi Kyung Ann
Joanito Soltoski
Juliana Gerhardt
Pedro Paulo Verona Pérsio

FOZ DO IGUAÇU

Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)
Alexandre Antonio De Camargo (Vice-Diretor)
Jacilene De Souza Costa (Secretária)
Andre Ricco
Eduardo Hassan
Isidoro Antonio Villamayor Alvarez

Jose Fernando Ferreira Alves
Luiz Henrique Zaians
Marco Aurélio Farinazzo
Tomas Edson Andrade da Cunha

FRANCISCO BELTRÃO

Eduardo Katsusi Toshimitsu (Diretor)
Marcio Ramos Schenato (Vice-Diretor)
Cícero José Bezerra Lima (Secretária)
Aryzone Mendes de Araujo Filho
Badwan Abdel Jaber
Irno Francisco Azzolini
José Bortolas Neto
Rubens Fernando Schirr
Silvana Amaral Kolinski Vielmó
Vicente de Albuquerque Maranhão Leall

GUARAPUAVA

Rita de Cassia Ribeiro Penha Arruda (Diretora)
Antonio França de Araújo (Vice-Diretor)
Mariana Saciloto Cramer (Secretária)
Anderson Vinicius Kugler Fadel
Antonio Marcos Cabrera Garcia
David Livingstone Alves Figueiredo
Francisco José Fernandes Alves
Frederico Eduardo Waperchovski Virmond
Frederico Guilherme Keche Virmond Neto
Gabriel Odebrecht Massaro

LONDRINA

Alcindo Cerci Neto (Diretor)
João Henrique Steffen Júnior (Vice-Diretor)
Ivan José Blume de Lima Domingues (Secretário)
Antonio Caetano de Paula
Fabio Ferreira Lehmann
Fatima Mitsie Chibana Soares
Ivan Pozzi
Luiza Kazuko Moriya
Mário Machado Júnior
Naja Nabut

MARINGÁ

Vicente Massaji Kira (Diretor)
Ana Maria S. Machado de Moraes (Vice-Diretora)
Katia Hitomi Nakamura (Secretária)
Cesar Helbel
Luiz Alberto Mello e Costa
Manuel Duarte Gilberto
Marcio de Carvalho
Mariane Arns
Paulo Roberto Aranha Torres
Raul Gil Von Puttkammer Rodriguez

PARANAÍ

Leila Maia (Diretora)
Hortência Pereira Vicente Neves (Vice-Diretora)
Atílio Antonio Mendonça Accorsi (Secretária)
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto
Bruno Eduardo de Camargo
Cleonir Moritz Rakoski
Custodio Fernandes
Ludovico da Cunha Blasczyk
Luiz Carlos Cerveira
Rubens Costa Monteiro Filho

PATO BRANCO

Vanessa Bassetti Prochmann Esber (Diretora)
Pedro Soveral Bortot (Vice-Diretor)
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)
Abdul Sebastião Pholman
Artemio Juraci Cardoso da Silva
Elisabeth Ostapiv Correa
Geraldo Sulzbach
Gilberto Lago de Almeida
José Renato Pederiva
Ricardo Antonio Hoppen

PONTA GROSSA

Rubens Adão da Silva (Diretora)
Ladislao Obrzut Neto (Vice-Diretor)
Northon Arruda Hilgenberg (Secretário)
Adalberto Riccardo Baldanzi
André Scartezini Marques
Joelson José Gulin
Luiz Jacintho Siqueira

Meirerson Reque
Pedro Paulo Rankel
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro

RIO NEGRO

Leandro Gastim Leite (Diretor)
Ana Helena Stolte (Vice-Diretora)
Jacy Gomes (Secretário)
Helton Boettcher
Jonas de Mello Filho
Militino da Costa Júnior

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Celso Aparecido Gomes de Oliveira (Diretor)
Jose Mario Lemes (Vice-Diretor)
Sergio Bachtold (Secretário)
Carlos Maria Luna Pastore
José Roberto Boselli Junior
Patricia Roberta de Vicente
Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves
Sulaiman El Tauli
Walter Kiyoshi Iamamoto

TOLEDO

Jose Afrânio Davidoff Junior (Diretor)
Ivan Garcia (Vice-Diretor)
Glaucio Luciano Bressanim (Secretário)
Eduardo Gomes
José Maria Barreira Neto
Milton Miguel Romeiro Berbic
Nilson Fabris
Valdicir Faé

UMUARAMA

Alexandre Thadeu Meyer (Diretor)
Sandra Mara Oliver Martins Aguiar (Vice-Diretora)
Augusto Legnani Neto (Secretário)
Antonio Francisco Ruaro
Edson Morel
Fabiano Correa Salvador
Juscélio de Andrade
Mauro Acácio Garcia
Osvaldo Martins de Queiroz Filho
Silvio Roberto Correa

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO PARANÁ**

Órgão oficial do CRMPR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético, bioética, moral, Dever Médico, Direito Médico.

CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

DIAGRAMAÇÃO

Victória Romano

TRADUÇÃO

Cristiane Medeiros Vianna

ENDEREÇOS

CRMPR

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84
Vista Alegre – 80810-340
Curitiba – Paraná – Brasil

E-mail

Protocolo/Geral
protocolo@crmpr.org.br

Secretaria
secretaria@crmpr.org.br

Setor Financeiro
financeiro@crmpr.org.br

Diretoria
diretoria@crmpr.org.br

Departamento Jurídico
dejur@crmpr.org.br

Departamento de Fiscalização
defep@crmpr.org.br

Departamento de Recursos Humanos
rh@crmpr.org.br

*Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos
e Comissão de Qualificação Profissional*
cqp@crmpr.org.br

Comissão de Atualização Cadastral de E-mails
correio@crmpr.org.br

Assessoria de Imprensa
imprensa@crmpr.org.br

Biblioteca
biblioteca@crmpr.org.br

Site www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208

Telefone 41 3240-4000

Fax 41 3240-4001

CFM

cfm@cfm.org.br

Site www.portalmedico@cfm.org.br

E-mail jornal@cfm.org.br

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.

Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home Page www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento ou orientação do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são editados no formato digital desde 2011, estando todas as suas edições disponíveis para consultas no Portal (www.crmpr.org.br)

NORMAS PARA OS AUTORES

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação, de analisar e sugerir modificações no artigo

TEXTO – pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições e artigos para publicação devem ser enviados ao editor, em arquivo word para imprensa@crmpr.org.br. Os textos devem conter:

Título – sintético e preciso, em português e inglês.

Autor(es) – nome(s) e sobrenome(s).

Resumo – Breve descrição do trabalho em português, permitindo o entendimento do conteúdo abordado, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão, encima do texto.

Palavras-chave, descritores e keywords – devem ser colocadas abaixo do resumo em número máximo de 6 (seis) títulos, em português e inglês.

Procedência – O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço postal e eletrônico para correspondência do primeiro autor.

Tabelas – em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) – em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

Referências – devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos – autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final após os nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros – autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) – autor(es), título seguido de abstract. Periódico, ano, volume, página(s) inicial-final. Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro – autor(es). título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

Exemplo: Werneck LC, Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq Neuropsiquiatr 1985; 43:281-295.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 3240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2013;30(120):197-332

Trimestral

1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 2238-2070

ABNT

SUMÁRIO

ARTIGO ESPECIAL

- A transferência da prestação dos serviços de saúde pública à iniciativa privada
ante os princípios constitucionais
Soeli Teresinha Schilling Dienstmann 208

ARTIGO DE OPINIÃO

- Atestados médicos, médicos assistentes e benefícios previdenciários
Leonardo Biscaia 237
- Médicos cubanos: custos trabalhistas
José Pastore 240

RESOLUÇÕES CFM

- Normas para funcionamento de serviços médicos e fiscalização do CRM
Resolução CFM n.º 2.056/2013 243
- Critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares de assistência psiquiátrica
Resolução CFM n.º 2.057/2013 268

PARECERES CFM

- Avaliação de pacientes para atividade física e encaminhamento para cardiologista
Henrique Batista e Silva 309

Inserção de dispositivos intrauterinos (DIU) é ato médico exclusivo <i>José Hiran da Silva Gallo</i>	313
---	-----

PARECERES CRM-PR

Plantões presenciais e a distância: responsabilidade na manutenção de serviços à comunidade <i>Luiz Ernesto Pujol</i>	316
--	-----

Estrutura adequada para gestante de alto risco <i>Hélcio Bertolozzi Soares</i>	319
---	-----

ACADEMIA DE MEDICINA

Posse da nova diretoria	322
-------------------------------	-----

ÍNDICE REMISSIVO 2013

Índice Remissivo 2013	324
-----------------------------	-----

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Restrição ao fumo, iniciativa que começou com Erasto Gaertner <i>Ehrenfried Othmar Wittig</i>	328
--	-----

A TRANSFERÊNCIA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA À INICIATIVA PRIVADA ANTE OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS

THE TRANSFER OF THE PROVISION OF PUBLIC HEALTH SERVICES TO THE
PRIVATE SECTOR AGAINST THE CONSTITUTIONAL PRINCIPLES

*Soeli Teresinha Schilling Dienstmann**

Palavras-chave – *Serviço público, saúde, privatização, princípios..*

Keywords – *Public service, health, privatization, principles.*

RESUMO

A proposta de reforma do Estado para o aumento da eficácia e eficiência dos serviços públicos, iniciada no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, previu que o Estado transferisse para o setor privado as atividades que pudessem ser controladas pelo mercado, na esteira de fenômenos como desestatização, privatização, terceirização, parcerias, etc. Com base nesse esboço jurídico, delineado a partir da Medida Provisória que originou a Lei 9.637/98, e que estabeleceu critérios para definir as Organizações Sociais, vários estados e municípios brasileiros passaram a transferir o gerenciamento dos serviços de saúde a entidades privadas,

*Advogada residente em Novo Hamburgo (RS). Trabalho premiado em primeiro lugar na edição 24.^ª do Concurso de Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica do CRM-PR, sob o pseudônimo Agatha Christie. Edição de 2013 teve como tema central “Privatização da Saúde Pública - Qual o futuro dos princípios da equidade, universalidade e integralidade do SUS?”

sob a forma de contratos de gestão, com a transferência de bens móveis, recursos humanos e financeiros, atraindo críticas e a Ação Direta de Inconstitucionalidade, tombada sob o nº 1.923/98, e que ainda aguarda julgamento definitivo perante o Supremo Tribunal Federal. Recentemente surgiu, ainda, a polêmica em torno de o Governo Federal propor desonerações fiscais para as operadoras criarem planos de saúde a preços populares. Tal contexto justifica a elaboração do presente trabalho que pretende, com base na Constituição Federal, legislação infraconstitucional, referenciais teóricos e fontes jurisprudenciais, analisar o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, em seus princípios elementares.

ABSTRACT

The proposed reform of the State to increase the effectiveness and efficiency of public services, initiated under President Fernando Henrique Cardoso, predicted that the state transferred to the private sector activities that could be controlled by the market, in the wake of phenomena such as privatization, outsourcing, partnerships, etc. Based on this draft law, outlined from which originated the Provisional Law 9.637/98, which established criteria for defining social organizations, several states and municipalities began to transfer the management of health services to private entities under the form of management contracts, with the transfer of movable property, human and financial resources, attracting criticism and direct action of unconstitutionality, tumbled under no. 1.923/98, which still awaits final judgment before the Supreme Court. Recently emerged, yet, the controversy surrounding the Federal Government proposing tax exemptions for operators to create health plans at popular prices. This context justifies the preparation of this work you want, based on the Federal Constitution, legislation, theoretical and jurisprudential sources, analyze the weakening of the Unified Health System - SUS in its elementary principles.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, chamada de “Constituição Cidadã”, diante dos espaços destinados ao tratamento dos direitos e garantias fundamentais indispensáveis ao pleno desenvolvimento da cidadania, condensa valores como liberdade, igualdade e justiça em princípios que ingressam direta ou indiretamente em seu corpo. E nela está expresso que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

No entanto, o processo empreendido a partir da Reforma do Estado, possibilitando a transferência da prestação de serviços público de saúde a entidades privadas,

juntamente com a crise no sistema, ante a falta de políticas públicas, e as alternativas adotadas, especialmente as Organizações Sociais (OSs) e os contratos de gestão, vem atraindo severas críticas e ações judiciais contestando a moralidade, a legalidade e a constitucionalidade da Lei 9.637/98.

Junto a isso, noticia-se a hipótese do Governo Federal propor desonerações fiscais para as operadoras criarem planos de saúde a preços populares.

Nesse rumo, o presente trabalho distinguirá, inicialmente, os termos privatização, desestatização e terceirização, prosseguindo com os aspectos jurídicos acerca da transferência da prestação dos serviços públicos a entidades particulares, através de concessão e permissão, bem como os instrumentos que delegam tais serviços: Contratos administrativos, convênios e parcerias.

Na primeira parte será enfrentada, ainda, a questão das Organizações Sociais e o contrato de gestão.

A segunda parte analisará o Sistema Único de Saúde – SUS a partir de seus princípios elementares, juntamente com as diretrizes de descentralização e participação popular e, por fim, a recente polêmica proposta de isenções fiscais para a constituição de planos de saúde a preços populares.

Por arremate, sem qualquer pretensão de esgotamento, serão lançadas as conclusões obtidas, com o amparo da pesquisa bibliográfica, legislativa e jurisprudencial.

1 – ASPECTOS CONSTITUCIONAIS ACERCA DA TRANSFERÊNCIA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA A PARTICULARES

1.1 Distinção entre desestatização, privatização e terceirização

Desestatização é gênero, do qual são espécies a privatização, a concessão, a permissão, a terceirização e a gestão associada de funções públicas, sendo a distinção, no presente trabalho, necessária para a compreensão das disposições legais e jurisprudenciais.

Com efeito, dispõe a Lei 9.491/97:

Considera-se desestatização:

a) a alienação, pela União, de direitos que lhe assegurem, diretamente ou através de outras controladas, preponderância nas deliberações sociais e

o poder de eleger a maioria dos administradores da sociedade;

b) a transferência, para a iniciativa privada, da execução de serviços públicos explorados pela União, diretamente ou através de entidades controladas, bem como daqueles de sua responsabilidade.

c) a transferência ou outorga de direitos sobre bens móveis e imóveis da União, nos termos desta Lei¹.

A Lei determina, ainda, que as desestatizações devem ser executadas mediante concessão, permissão ou autorização de serviços públicos².

Privatização, na lição de Marcos Juruena, é “a retirada do Estado de atividades reservadas constitucionalmente à iniciativa privada (princípio da livre iniciativa) ou de setores em que ela possa atuar com maior eficiência (princípio da economicidade)”³.

João Vicente M. Scaravelli leciona que “a privatização em sentido amplo (ou terceirização em sentido amplo), se dá com a des-regulação, des-monopolização, privatização em sentido estrito, concessão de serviços públicos ou terceirização em sentido estrito (e acordos)”.

Observa, ainda, que “a gestão de serviços públicos, quando lícita, é repassada por meio de concessão de serviços públicos, após a autorização legislativa específica, e não por via da terceirização”⁴.

Assim, há de se entender que quando a Constituição Federal expressa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, devendo a execução das ações e serviços ser feita “diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”, que o serviço pode ser prestado de forma centralizada, pelo próprio Poder Público, em seu próprio nome e sob sua exclusiva responsabilidade; de forma desconcentrada, prestados pelos órgãos do Poder Público, que mantém para si a responsabilidade na execução; e de forma descentralizada, através de terceiros para os quais o Poder Público transfere a possibilidade de execução, por outorga (lei) ou por delegação (contrato)⁵.

1 Cf. art. 2º, § 1º, da Lei 9.491/97.

2 Cf. art. 4º, VI, da referida Lei.

3 SOUTO, Marcos Juruena Villela. Desestatização: privatização, concessões e terceirizações 3ª ed. Atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000, p. 9/10.

4 CONGRESSO MATO-GROSSENSE DE DIREITO MUNICIPAL, 3, 2007, Mato Grosso: OAB/MT. Disponível em: <portal.cnm.org.br/sites/6700/6745/diversos/concess> Acesso em: 10 ago. 2013.

5 Cf. arts. 196 e 197 da CF.

Celso Antonio Bandeira de Mello refere que em relação à grande maioria dos serviços públicos “não há obrigação estatal de prestá-los diretamente ou por criação sua, podendo simplesmente patrocinar-lhes a prestação pela outorga de seu exercício a terceiros, mediante concessão ou permissão”⁹.

Assenta que:

Em rigor, por ser público e privativo de Estado, o serviço é res extra commercium, inegociável, inamovivelmente sediado na esfera pública, razão por que não há transferência da titularidade do serviço para o particular. Só as pessoas de natureza pública podem ser titulares, ter como próprias as atividades públicas. Um particular jamais poderá reter (seja pelo tempo que for) em suas mãos, como senhor, um serviço público. Por isso, o que se transfere para o concessionário – diversamente do que ocorre no caso das autarquias – é tão-só e simplesmente o exercício da atividade pública. O Estado mantém, por isso mesmo, sempre e permanentemente, total disponibilidade sobre o serviço concedido. Daí se segue que o concessionário o desempenhará se; *quando, como e enquanto* conveniente ao interesse público¹⁰.

Portanto, diferentemente da atividade econômica, na qual o Poder Público atua como agente normativo e regulador, exercendo, em regra, funções de fiscalização, incentivo e planejamento, no encargo de proteção dos interesses da coletividade, consubstanciado no processo de serviço público, o Estado é o próprio gestor, prestando-o diretamente, ou sob o regime de concessão, permissão ou autorização, sempre através de licitação¹¹.

Acentue-se que a autorização, ao lado da permissão e da concessão, apesar de ser considerada uma forma de delegação de serviços públicos, se volta a serviços de menor complexidade. Assim, e por não se tratar de contrato, mas de ato administrativo e não ser objeto de regulamentação pela Lei nº 8.987/95, não será abordado no presente estudo.

Serviço público para Celso Antônio Bandeira de Mello é

...toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade material

9 MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de direito administrativo. 13 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2001, p. 597.

10 Idem, *ibidem*.

11 Cf. arts. 174 e 175 da CF.

destinada à satisfação da coletividade em geral, mas fruível singularmente pelos administrados, que o Estado assume como pertinente a seus deveres e presta por si mesmo ou por quem lhe faça às vezes, sob um regime de Direito Público - portanto, consagrador de prerrogativas de supremacia e de restrições especiais - instituído em favor dos interesses definidos como públicos no sistema normativo”¹².

Assim, define-se concessão como uma delegação da prestação de serviço público, “pelo poder concedente, mediante licitação, na modalidade de concorrência, à pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco e por prazo determinado”¹³.

Para Maria Sylvia Zanella Di Pietro a concessão de serviços públicos “se justifica porque ela é um dos instrumentos de que o Poder Público pode utilizar-se para diminuir o tamanho do Estado, pela transferência de atribuições para o setor privado”¹⁴.

Já, a permissão é a delegação de um serviço público feita pelo Poder Público à pessoa física ou jurídica que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco, a título precário e mediante licitação. Constitui-se por ato administrativo discricionário e revogável a qualquer tempo, conforme exigência da Lei nº 8.987/95¹⁵.

A outorga de concessão ou permissão não possui exclusividade, exceto quando for inviável por imposição técnica ou econômica, ocasião em que o poder concedente deverá publicar, previamente ao edital de licitação, ato justificando a conveniência da outorga¹⁶.

As normas gerais sobre o regime de concessão e permissão são encontradas na Constituição Federal e na Lei nº 8.987/95¹⁷.

12 MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de Direito Administrativo. 12. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2006, p. 650.

13 Cf. art. 2º, inciso II, da Lei nº 8.987/95.

14 DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na Administração Pública. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 70.

15 ROSA, Márcio Fernando Elias. Direito Administrativo. Vol. 19. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 129.

16 Cf. art. 16 c/c art. 5º da Lei 8.987/95.

17 Cf. art 22 da Constituição Federal: “Compete privativamente à união legislar sobre: (...); XXVII - normas gerais de licitação e contratação, em todas as modalidades, para as administrações públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, obedecido o disposto no art. 37, XXI, e para as empresas públicas e sociedades de economia mista, nos termos do art. 173, §1º, III”. Art. 175. “Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos. Parágrafo único. A lei disporá sobre: I - o regime das empresas concessionárias e permissionárias de serviços públicos, o caráter especial de seu contrato e de sua prorrogação, bem como as condições de caducidade, fiscalização e rescisão da concessão ou permissão; II - os direitos dos usuários; III - política tarifária; IV - a obrigação de manter serviço adequado”.

1.3 Instrumentos de delegação: Contrato, convênio e parceria

A Constituição Federal estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”¹⁸.

Os convênios, conforme Hely Lopes Meirelles, “são acordos firmados por entidades públicas de qualquer espécie, ou entre estas e organizações particulares, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes”¹⁹.

Já, o contrato de direito público ou administrativo é “o ato plurilateral ajustado pela Administração Pública ou por quem lhe faça as vezes com certo particular, cuja vigência e condições de execução a cargo do particular podem ser instabilizadas pela Administração Pública, ressalvados os interesses patrimoniais do contratante particular”²⁰.

No mesmo sentido leciona Celso Antonio Bandeira de Mello, para quem o contrato é “um tipo de avença travada entre a Administração e terceiros na qual, por força de lei, de cláusulas pactuadas ou do tipo de objeto, a permanência do vínculo e as condições preestabelecidas sujeitam-se a cambiáveis imposições de interesse público, ressalvados os interesses patrimoniais do contratante privado”²¹.

A principal diferença entre o convênio e o contrato administrativo está relacionada ao interesse, ou seja, enquanto no convênio o interesse é comum, com mútua colaboração e sem fixação de preço ou remuneração, no contrato os interesses se contrapõem, na medida em que um quer a prestação e o outro a contraprestação.

Outrossim, a Lei nº 9.790/99, que dispõe sobre a qualificação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), instituiu e disciplinou o “Termo de Parceria” como o instrumento passível de ser firmado entre o Poder Público e as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, no intuito de formar um vínculo de cooperação para fomento e execução das atividades de interesse público, dentre elas a “promoção gratuita da saúde”, de forma complementar, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência²².

18 Cf. art. 199, §1º, da CF.

19 MEIRELLES, Hely Lopes. *Administrativo Brasileiro*, 27 ed. São Paulo: Malheiros, 2002, p. 383.

20 GASPARINI, Diógenes. *Direito Administrativo*. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1995, p. 280.

21 MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo*. 15 ed. São Paulo: Malheiros, 2002, p. 599.

22 Cf. art. 9º c/c art. 3º da Lei nº 9.790/99.

Em dezembro de 2004 foi editada a Lei nº 11.079 que instituiu normas gerais para licitação e contratação de parcerias no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e define a parceria como um “contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa”, celebrado com entes privados²³.

Patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado. Concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens²⁴.

Alexandre Aragão entende que são vários os serviços que podem vir a ser realizados através da concessão administrativa, dentre eles os serviços sociais (educação, saúde, cultura), através da gestão e atividades de suporte realizados pelo parceiro privado²⁵.

A Lei inseriu em seu texto normativo algumas vedações, dentre elas a de que a vigência da PPP não seja inferior a cinco anos ou superior a trinta e cinco, incluindo eventuais prorrogações. Proíbe, ainda, que o objeto seja apenas para “o fornecimento de mão-de-obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública”²⁶.

A parceria pública privada difere da privatização, que consiste na transferência de uma área de competência institucional, exclusiva do Setor Público para o privado, com a finalidade de não mais onerar o Estado, com as devidas limitações previstas em Lei²⁷.

1.3.1 O controvertido contrato de gestão

Nos primórdios do século XX não se admitia que o Estado pudesse realizar

23 Cf. art. 2º da Lei nº 11.079/04.

24 Cf. art. 2º, § 3º da Lei no 11.079/04.

25 ARAGÃO, Alexandre. *As Parcerias Público-Privadas : PPPs no Direito Positivo Brasileiro*.

Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-2-MAIO-2005ALEXANDRE%20ARA G%C3O.pdf>> Acesso em: 28 jul.2013.

26 JUSTEN FILHO, Marçal. *Tipo de Atividade Administrativa: Serviço Público*. In: _____Curso de Direito Administrativo. 3ª ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008, p.648.

27 CAMPOS NETO, Carlos Álvares da Silva. *Considerações Sobre o Projeto de Parceria Público-Privada (PPP) em Face da Experiência Recente do Brasil*, Brasília: IPEA, 2004, p. 9.

contratos com o particular, uma vez que a concepção clássica contratualista previa igualdade jurídica entre as partes.

Atualmente, em face do processo de desestatização, tem-se um retorno das discussões acerca das novas figuras contratuais, suscitando muitas dúvidas e críticas, sobretudo em face das peculiaridades do regime de Direito Público²⁸.

Isto porque, reza a Constituição Federal que “a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato”. Dispõe, ainda, que as instituições privadas podem participar de forma complementar do sistema único de saúde, mediante *contrato de direito público ou convênio*, com preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos²⁹.

O Ministério da Saúde, por sua vez, assenta que a participação complementar no sistema será celebrada através de “convênio”³⁰.

Pois bem, a lei nº 9.637/98 regulamentou as Organizações Sociais, constituindo um novo tipo de entidade “pública não estatal”, na qual pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, exercem serviço público e administram o patrimônio público, sob o controle de resultados por parte do Poder Público, o que será abordado oportunamente. A relação que se estabelece entre o ente político titular do serviço e a entidade pública não estatal se efetiva por meio do contrato de gestão³¹.

Nesse contexto, o contrato de gestão vem atraindo diversas críticas, sobretudo no que pertine a sua natureza jurídica.

Maria Sylvania di Pietro leciona que ele não possui as características típicas de um contrato, quando firmado entre órgãos da Administração Direta, tendo em vista não serem, estes órgãos, dotados de personalidade jurídica, atuando apenas em nome da pessoa jurídica em que estão integrados. Assim, firmados entre representantes da mesma pessoa jurídica, não há oposição de interesses (uma das características dos contratos em geral), nesses casos, configuram “termos de compromissos”

28 LIMA, Sídia Maria Porto. A Emenda Constitucional nº 19/98 e a administração gerencial no Brasil. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 5, n. 38, 1 jan. 2000. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/475>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

29 Cf. arts. 37, § 8º e 199, § 1º, da CF.

30 Cf. art. 2º da Portaria nº 1.695/94.

31 DI PIETRO, Maria Sylvania Zanella. Contratos de Gestão. Contratualização do Controle Administrativo sobre a Administração Indireta e sobre as Organizações Sociais. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br>> Acesso em 08 jun. 2013.

assumidos pelos dirigentes dos órgãos³².

Com relação aos contratos celebrados entre o Poder Público e entidades da Administração Indireta, a autora pensa da mesma forma, ressalta que também entre esses não poderia haver interesses opostos e contraditórios, motivo pelo qual se assemelhariam muito mais a convênios³³.

Hely Lopes Meirelles sustenta que “embora a lei denomine este instrumento de contrato, na verdade trata-se de um acordo operacional entre a Administração e a entidade privada”, e segue o mesmo entendimento de Maria Sylvia di Pietro, porquanto “no contrato as partes têm interesses diversos e opostos; no convênio os partícipes têm interesses comuns e coincidentes”³⁴.

Esclarece que:

Convênios administrativos são acordos firmados por entidades públicas de qualquer espécie, ou entre estas e organizações particulares, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes. (...) Os convênios, entre nós, não adquirem personalidade jurídica, permanecendo como simples aquiescência dos partícipes para a persecução de objetivos comuns, o que nos leva a considerá-los, tão-somente, uma cooperação associativa, livre de vínculos contratuais. Essa instabilidade institucional, aliada à precariedade de sua administração, vem criando dificuldades insuperáveis para sua operatividade, principalmente no campo empresarial, que exige pessoas e órgãos responsáveis para as contratações de grande vulto. (...)³⁵.

A crítica dos doutrinadores se deve a denominação de “contrato”, ante a falta de capacidade jurídica dos órgãos da Administração Pública, bem como a ausência de prestações recíprocas e interesses antagônicos a caracterizar um contrato. Tratar-se-ia, na verdade, apenas de acordo ou programa para atuação conjunta, visando a idênticos resultados de interesse comum³⁶.

Já, Sílvio Luís Ferreira da Rocha leciona que:

O contrato de gestão celebrado entre a Administração e a Organização

32 Idem. *Parcerias na Administração Pública*. São Paulo: Atlas, 1999, p.197.

33 Idem, *ibidem*.

34 MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*. 33 ed. atual por Eurico de Andrade Azevedo, Délcio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. São Paulo: Malheiros, 2007, p. 408.

35 Idem, *ibidem*, 35 ed. São Paulo: Malheiros, 2009, p. 411/41.

36 MOREIRA NETO, Diogo Figueredo. *Curso de direito administrativo*, 12 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

Social submete-se ao regime de direito público. O art. 37, caput, e o inciso XXI, da Constituição Federal, e o art. 7º da Lei 9.637 de 15.5.1998, determinam a observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade na elaboração do contrato de gestão. A observância obrigatória desses princípios, e dos princípios subjacentes da supremacia do interesse público sobre o privado e da indisponibilidade do interesse público, torna insustentável o argumento de que o contrato de gestão pode ser classificado como contrato da Administração, submetido ao regime jurídico privado, com ressalvas, e não como contrato administrativo³⁷.

Tramita, nesse sentido, a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923, perante o Supremo Tribunal Federal, questionando vários dispositivos da Lei 9.637/98, inclusive a natureza jurídica do contrato de gestão.

O Ministro Ayres Britto em sua análise preliminar proferiu o seguinte voto:

Ante o exposto, voto pela procedência parcial desta ação direta. Isto para declarar a inconstitucionalidade dos seguintes dispositivos da Lei 9.637/98: a) o fraseado “quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social”, contido no inciso II do art. 2º; b) a expressão “com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria”, contida no § 2º do art. 14; c) os arts 18, 19, 20, 21 e 22, com a modulação proposta no parágrafo anterior. Interpreto ainda, “conforme à Constituição” os arts. 5º, 6º e 7º da Lei 9.637/98 e o inciso XXIV do art. 24 da Lei 8.666/93, para deles afastar qualquer interpretação excludente da realização de um peculiar proceder competitivo público e objetivo para: a) a qualificação de entidade privada como “organização social”; b) a celebração do impropriamente chamado “contrato de gestão”³⁸.

Fundamentando o voto acrescenta que no caso da celebração de “contrato de gestão” entre Estado e organização social seria impossível deixar de reconhecer a presença de interesses recíprocos e convergentes, e citando José dos Santos Carvalho Filho complementa:

37 ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Terceiro Setor. São Paulo: Malheiros, 2006, p. 40.

38 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923. Rel. Ministro Ayres Britto. Disponível em: < http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto__ADI1923LF.pdf > Acesso em: 22 jul. 2013.

Devidamente qualificadas, as organizações sociais celebram com o Poder Público o que a lei denominou de contratos de gestão, com o objetivo de formar a parceria necessária ao fomento e à execução das atividades já mencionadas. A despeito da denominação adotada, não há propriamente contrato nesse tipo de ajuste, mas sim verdadeiro convênio, pois que, embora sejam pactos bilaterais, não há a contraposição de interesses que caracteriza os contratos em geral; há, isto sim, uma cooperação entre os pactuantes, visando a objetivos de interesses comuns. Sendo paralelos e comuns os interesses perseguidos, esse tipo de negócio jurídico melhor há de enquadrar-se como convênio³⁹.

Conclui, então, que se o “contrato de gestão” é, na verdade, um convênio, em princípio, não haveria “necessidade de processo licitatório para a sua celebração”, em face de inviabilidade de competição⁴⁰.

Alerta, porém, que

a desnecessidade do procedimento licitatório: a) não afasta o dever da abertura de processo administrativo que demonstre, objetivamente, em que o regime da parceria com a iniciativa privada se revele como de superior qualidade frente à atuação isolada ou solitária do próprio Estado enquanto titular da atividade em questão; b) não libera a Administração da rigorosa observância dos princípios constitucionais da publicidade, da moralidade, da impessoalidade, da eficiência e, por conseguinte, da garantia de um processo objetivo e público para a qualificação das entidades como organizações sociais e sua específica habilitação para determinado “contrato de gestão”; c) não afasta a motivação administrativa quanto à seleção de uma determinada pessoa privada, e não outra, se outra houver com idêntica pretensão de emparceiramento com o Poder Público; d) não dispensa a desembaraçada incidência dos mecanismos de controle interno e externo sobre o serviço ou atividade em concreto regime de parceria com a iniciativa privada.

Conforme se depreende, a denominação “contrato de gestão” é inapropriada. Além disso, a Constituição permite a participação de instituições privadas “de forma complementar”, mas “não que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de

39 Idem, ibidem.

40 Idem, ibidem.

saúde, como um todo, de tal modo que o particular assuma a gestão”, conforme já se manifestou o Ministério Público do Rio Grande do Sul em seu Parecer quanto a Lei 9.637/98⁴¹.

A Administração queda-se ao princípio da legalidade, com prevalência da Constituição Federal, e nesse sentido os contratos de gestão, celebrados por vários Estados e Municípios, nos quais são transferidas unidades hospitalares públicas a entidades civis, com transferência de gestão, gerência e a execução de serviços públicos de saúde, bem como os bens móveis, recursos humanos e financeiros, segundo a doutrina jurídica majoritária, é ilegal e imoral ante a eliminação de licitação para compras de material e cessão de prédios, de concurso público para contratação de pessoal, dentre outras afrontas aos princípios constitucionais⁴².

Portanto, há de se ver que as decisões tomadas no âmbito da Administração Pública supõem restrições legais mais apertadas do que aquelas previstas para a administração privada, cabendo ao Poder Judiciário, e demais órgãos de controle interno e externo, avaliar, acima de tudo, a real intenção do legislador, independentemente dos termos usados para a celebração de um determinado convênio ou contrato.

1.4 A questão da transferência dos serviços de saúde pública às Organizações Sociais

A lei nº 9.637/98, objeto de crítica e de Ação Direta de Inconstitucionalidade, conforme referido, dispõe acerca da qualificação das organizações sociais, da extinção ou desativação de órgãos e entidades públicas, com repasse dos bens à gestão das organizações sociais, bem como do repasse de servidores e recursos orçamentários, o que, nas palavras do Ministro Ayres Britto “se trata mesmo de um programa de privatização”⁴³.

Para o Ministro,

o que faz a Lei 9.637/98, em seus arts. 18, 19, 20, 21 e 22, é estabelecer um

41 PARECER sobre terceirização e parceiros na Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id239.htm>> Acesso em 02 ago. 2013.

42 Idem, ibidem.

43 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923. Rel. Ministro Ayres Britto. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto__ADI1923LF.pdf> Acesso em: 22 jul. 2013.

mecanismo pelo qual o Estado pode transferir para a iniciativa privada **toda** a prestação de serviços públicos de saúde, educação, meio ambiente, cultura, ciência e tecnologia. A iniciativa privada a **substituir** o Poder Público, e não simplesmente a **complementar** a performance estatal. É dizer, o Estado a, globalmente, terceirizar funções que lhe são típicas. O que me parece juridicamente aberrante, pois não se pode forçar o Estado a desaprender o fazimento daquilo que é da sua própria compostura operacional: a prestação de serviços públicos.

As organizações sociais são conceituadas como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, que independem de concessão ou permissão do Poder Público, criadas por iniciativa de particulares segundo modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado”⁴⁴.

A relação jurídica que se estabelece entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social se efetiva através do contrato de gestão, referido anteriormente⁴⁵.

Cabe referir que as Organizações Sociais (OS) diferem das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criada pela Lei nº 9.790/99 e regulamentada pelo Decreto n. 3.100/99⁴⁶.

A diferenciação consiste no fato de que as OSs firmam contrato de gestão com o poder público, e “são inseridas, de modo radical, no fenômeno de “privatização do social”, com a extinção de unidades estatais, que substituem, participando o governo de seus órgãos institucionais”⁴⁷.

Na OSCIP, o Estado não abre mão do serviço público para transferi-lo à iniciativa privada, mas faz parceria, ajudando e cooperando com entidades privadas que, observados os requisitos legais, se disponham a tanto. A relação se dá, assim, através de um “Termo de Parceria”⁴⁸.

Pois bem, na conformidade da lição de Celso Antônio Bandeira de Mello a lei

44 MODESTO, Paulo. Apud LENZ, Luís Alberto Thompson Flores. Organizações Sociais. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/atuacaomp/not_artigos/id15030.htm> Acesso em: 05 ago 2013.

45 Cf. art. 5º c/c art. 1º da Lei nº 9.637/98.

46 LENZ, op.cit.

47 Idem, ibidem.

48 Idem, ibidem.

disciplinadora das OSs é inconstitucional no que respeita a dispensa de licitação, eis que ofende o princípio da isonomia a transferência de serviços públicos ínsitos ao Estado a entidades particulares, a exemplo da saúde, repasse indevido de bens públicos e servidores estatais, etc⁴⁹.

O que se deve ponderar, ainda, é que o setor da saúde, no Brasil, enfrentou historicamente muitas dificuldades. O SUS é uma grande conquista da sociedade brasileira e integra as ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”.

Além disso, a saúde faz parte de um sistema mais amplo, o Sistema da Seguridade Social que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”⁵⁰.

Mas o que se depreende da leitura dos dispositivos da Lei 9.637/90 é de que ela, em verdade, pretende substituir o Sistema Único de Saúde por Organizações Sociais, o que afronta a Constituição Federal, justificando, por certo, a impugnação que se evidencia através das ações judiciais impetradas.

2 – DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL – SUS

2.1 Princípios que regem o Sistema Único de Saúde

O Brasil teve, no transcurso da história, um longo processo de transformação da cultura política e das relações Estado-sociedade, culminando no Estado Democrático de Direito, se propondo a garantir o desenvolvimento nacional, juntamente com o respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais, através do estabelecimento de uma proteção jurídica à qual se sujeitam tanto os particulares quanto as próprias autoridades políticas⁵¹.

Hans Kelsen leciona que “o Estado é transformado, de um simples fato de poder, em Estado de Direito que se justifica pelo fato de fazer o Direito”. Portanto, em um Estado Democrático de Direito o Poder exercido é limitado pela Ordem Jurídica Constitucional⁵².

49 *Apud.* Idem, *ibidem*.

50 Cf. art. 194 da CF.

51 Cf. art. 1º da CF.

52 KELSEN, Hans. *Teoria Pura do Direito*. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 316. No Estado de Direito, a atividade do Estado é limitada e determinada pelo Direito, entendendo-se este como um complexo de normas-regras e normas-princípios presentes implícita ou explicitamente na Constituição.

O Estado alcança seus fins através das atividades desenvolvidas pela Administração Pública, e seus agentes públicos são os responsáveis pelas decisões governamentais e pela execução dessas decisões.

Portanto, para que tais atividades não desvirtuem as finalidades estatais a Administração Pública se submete às normas constitucionais e às leis especiais, objetivando um comportamento ético e moral por parte dos agentes públicos que servem ao Estado. Assim, também os princípios passaram a ser tratados como Direito, com o reconhecimento de sua natureza normativa e caráter vinculante na resolução de problemas concretos.

Celso Ribeiro Bastos reconhece a Constituição como um “sistema de princípios e normas” e pondera “que nada obstante as singularidades que cercam os princípios, estes não se colocam além ou acima do Direito. Fazem, juntamente com as normas, parte do ordenamento jurídico”⁵³.

A Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde-SUS (art. 196) como de “relevância pública”, sendo regulamentado, ainda, pela Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90. O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, Distrito Federal, Estados e Municípios, além de outras fontes⁵⁴.

Alguns princípios básicos orientam o SUS, a exemplo da equidade, universalidade e integralidade, vejamos.

2.1.1 Equidade

O princípio da equidade está relacionado com o mandamento de que a “saúde é direito de todos”, ou seja, todos os cidadãos, de maneira igual, devem ter seus direitos à saúde garantidos pelo Estado⁵⁵.

Entretanto, equidade não é sinônimo de igualdade, pois é preciso respeitar as diferentes necessidades, a exemplo das desigualdades regionais e sociais do país. Por isso, o Estado deve tratar “desigualmente os desiguais”, concentrando seus esforços e investimentos onde a carência é maior, haja vista que a Constituição Federal configura como um dos objetivos da República “reduzir as desigualdades

53 BASTOS, Celso Ribeiro e MARTINS, Ives Gandra. *Comentários à Constituição do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 1º vol. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2001, p. 377.

54 Cf. art. 198, § 1º, da CF.

55 Cf. art. 196 da CF.

sociais e regionais”⁵⁶.

O próprio Ministério da Saúde adverte que “se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades”⁵⁷.

2.1.2 Universalidade

A Constituição considera a saúde como direito social e um dever do Poder Público. Vale dizer que o direito à saúde se coloca como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais, mesmo a titularização de qualquer plano privado de saúde, como consta no artigo 2º da Lei 8.080/1990⁵⁸.

O Estado tem o dever de garantir os devidos meios necessários para que o cidadão possa exercer plenamente esse direito, sob pena de não cumprir sua função e responder civilmente por sua omissão⁵⁹.

A prestação de serviços de qualidade na saúde pública é um direito a ser preservado pelo Estado e não depende de qualquer reciprocidade. E embora a gratuidade não esteja referida de maneira expressa na Constituição Federal, é aceita como algo implícito. Até porque, a Constituição assentou balizas entre previdência e assistência social, dispondo que os planos previdenciários, mediante contribuição, atenderão à cobertura dos eventos de doença e demais hipóteses que arrola em seus incisos, e a assistência social a ser prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social⁶⁰.

Assim, o Estado é obrigado a fornecer os serviços, independente de qualquer contraprestação, pois a sociedade como um todo concorre para custear a despesa na área da saúde, através do pagamento de tributos.

56 Cf. art. 3º, III, da CF.

57 MINISTÉRIO da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

58 O artigo 32 da Lei 9.656/95 prevê que o SUS atenda pacientes de planos de saúde e regulamenta sua relação jurídica própria com as operadoras.

59 Cf. art. 196 da CF: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

60 Cf. art. 201, caput e inciso I, c/c art. 203, caput, da CF.

2.1.3 Integralidade

A integralidade confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Portanto, todo e qualquer cidadão deve ter acesso, desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos⁶¹.

Tanto é assim, que o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.695/94, fixou regras para participação complementar, dispondo que:

Depois de esgotada a capacidade de prestação de ações e serviços de saúde, pelos órgãos da Administração Pública direta, indireta e fundacional, a direção do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo dará preferência, para participação complementar no sistema, às entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos, com as quais celebrará convênio⁶².

Cabe ao Estado estabelecer um conjunto de ações, nos mais diversos níveis de complexidade, como forma de efetivar e garantir o postulado da saúde, com ênfase às atividades preventivas, que, naturalmente, ao serem realizadas com eficiência, reduzem os gastos com atividades assistenciais posteriores.

2.2 Da descentralização da saúde pública

A Constituição Federal determina que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência⁶³.

Também trata das diretrizes para concretizar o SUS, dispondo que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo (...)”⁶⁴.

No entanto, a descentralização é uma técnica de gestão, que não importa ao cidadão. Dessa forma, os entes federativos possuem responsabilidade civil solidária, na qual cada um e todos possuem, indistintamente, responsabilidade pelas ações

61 Cf. art. 198, II, da CF.

62 Cf. art. 2º da Portaria nº 1.695/94.

63 Cf. art. 23, II, da CF.

64 Cf. art. 198 da CF.

e serviços de saúde, consoante demonstra a ementa abaixo transcrita:

A APELAÇÃO. DIREITO À SAÚDE. AÇÃO ORDINÁRIA COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. LEGITIMIDADE PASSIVA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO. APLICAÇÃO IMEDIATA E INCONDICIONADA DE DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL. CUSTAS POR METADE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MANUTENÇÃO. I - O acesso às ações e serviços de saúde é universal e igualitário (CF - art. 196), do que deriva a responsabilidade solidária e linear dos entes federativos. A saúde, elevada à condição de direito social fundamental do homem, contido no art. 6º da CF, declarado por seus artigos 196 e seguintes, é de aplicação imediata e incondicionada, nos termos do parágrafo 1º do artigo 5º da C. Federal, que dá ao indivíduo a possibilidade de exigir compulsoriamente as prestações asseguradas. O artigo 196 da Constituição Federal não faz distinção entre os entes federados, de sorte que cada um e todos, indistintamente, são responsáveis pelas ações e serviços de saúde, sendo certo que a descentralização, mera técnica de gestão, não importa compartimentar sua prestação. II - Os honorários foram ajustados à moderação, reduzi-los importaria desafeição à dignidade do Advogado e da Advocacia. III - Nos termos do artigo 11 do Regimento de Custas a regra é que ao Estado cumpre pagar os emolumentos por metade e a exceção é a isenção quando se trata de servidor que dele recebe vencimentos. O Município por sua vez, deve pagar as custas por metade. Apelo parcialmente provido. Sentença confirmada em reexame necessário, no mais. Unânime. (Apelação Cível Nº 70055343826, Vigésima Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Genaro José Baroni Borges, Julgado em 24/07/2013)

O Sistema Único de Saúde, assim, está presente em todos os entes federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios, garantindo acesso integral, universal e gratuito para quem necessite, podendo dispor da participação complementar de entidades privadas, sem fins lucrativos ou filantrópicas, observado o princípio da legalidade⁶⁵.

65 Cf. arts. 24 a 26 da Lei nº 8.080/90.

2.3 Participação popular e o controle social do Sistema Único de Saúde

A participação popular é considerada uma diretriz do SUS, na esteira do art. 198, III, através da participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e controle sobre a ação do Estado.

O controle social na saúde ocorre principalmente por meio de representação nos conselhos de saúde, órgãos colegiados com participação de representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos trabalhadores da saúde e dos gestores do sistema⁶⁶.

A sociedade pode e deve participar em todas as esferas de gestão do SUS, inclusive através de audiência pública e demais espaços dispostos no arcabouço jurídico, notadamente os estabelecidos pela Lei nº 8.142/90.

Também a Lei nº 8.080/1990 estabelece a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde⁶⁷.

Portanto, regulamentada está a institucionalização de espaços de participação da comunidade no serviço de saúde, no sentido de enfrentar os problemas priorizados, assim como na execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular pode e deve ser garantida e incentivada⁶⁸.

2.4 A Polêmica acerca dos planos de saúde a preços populares

Segundo notícia veiculada na Folha de São Paulo em 27 de fevereiro do corrente ano, o Poder Público e representantes dos planos de saúde estariam discutindo a ampliação de planos privados para os segmentos C e D da população, a partir da redução de impostos e aumento de subsídios para expandir a assistência médica suplementar, gerando dúvidas e inúmeras críticas⁶⁹.

66 ARANTES, Cássia Irene Spinelli et al. *O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.16, n.3, jul/set. 2007, p. 470-8. Disponível em: <[http://www.ucg.br/ACAD_WEB/professor/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3504/material/artigo%20sobre%20controle%20social-%20enfer\(1\).pdf](http://www.ucg.br/ACAD_WEB/professor/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3504/material/artigo%20sobre%20controle%20social-%20enfer(1).pdf)> Acesso em: 19 jul. 2013.

67 Cf. art. 12 da Lei nº 8.080/1990.

68 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS*: documento aprovado pelo plenário do CNS na 158.ª Reunião Ordinária, dias 14 e 15 de setembro de 2005. Brasília, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf> Acesso em: 19 jul. 2013.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, em manifesto contrário, assegura que “sistemas de saúde controlados pelo mercado são caros, deixam de fora idosos, pobres e doentes, são burocratizados e desumanizados, pois as pessoas são tratadas como mercadorias”⁷⁰.

Com efeito, as insurgências se referem, especialmente, ao princípio do acesso universal e igualitário de todos os brasileiros a um sistema de saúde público, ou seja, de que os planos privados de saúde enfraqueceriam o SUS em seus princípios basilares.

Pois bem, conforme já ressaltado, embora seja um dever do Estado, este permite à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência à saúde, com o objetivo de complementar o Sistema Único de Saúde, não substituí-lo.

Além disso, o cidadão possui a opção dos planos privados de assistência à saúde, regulados pela Lei nº 9.656/98 e fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tais planos constituem sistemas de prestação continuada de serviços médico-hospitalares para atendimento em larga escala, com custos controlados, oferecidos por meio de empresas de medicina de grupo, cooperativas, associações etc⁷¹.

Configura, em regra, contratação com pré-pagamento e com oferecimento de rede própria, credenciada (ou referenciada) de hospitais, clínicas, médicos, laboratórios etc. Alguns planos admitem, também, a livre escolha de serviços mediante reembolso nos termos definidos em contrato e em tabela de preços.

Os planos privados já se ocupam de grande parte da população que, assim, deixam de utilizar o SUS. Se assim não fosse, o caos na saúde seria ainda pior.

De outra banda, os brasileiros arcam com alta carga tributária justamente para obter a contraprestação prometida pelo Estado. Portanto, a ampliação do acesso a planos privados de saúde, a partir de desonerações fiscais, por certo não se coaduna com a Constituição Federal.

69 CRUZ, Natusa Nery Johanna Nublat Valdo. Governo federal negocia para ampliar acesso a planos de saúde. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, Cotidiano, 27 fev. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1237512-governo-federal-negocia-para-ampliar-acesso-a-planos-de-saude.shtml>> Acesso em: 20 jul. 2013.

70 MANIFESTO de Repúdio à Proposta do Governo Federal de Subsidiar os Planos Privados de Saúde. Disponível em: <<http://psol50sp.org.br/blog/2013/03/13/manifesto-de-repudio-a-proposta-do-governo-federal-de-subsidiar-os-planos-privados-de-saude/>> Acesso em: 10 ago. 2013.

71 Cf. art. 1º da Lei Federal nº 9.656/98.

Ademais, o art. 199, § 2º dispõe que “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.”

Outrossim, a Lei nº 12.101/09, em seu art. 1º dispõe que:

A certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, e que atendam ao disposto nesta Lei.

Ainda, segundo a Lei:

Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá, nos termos do regulamento:

I - comprovar o cumprimento das metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com o gestor local do SUS;

II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);

III - comprovar, anualmente, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base no somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados⁷².

A isenção tributária, assim como a incidência, decorre de lei. É o próprio poder público competente para exigir tributo que tem o poder de isentar. A União, com o advento da atual Constituição Federal, não pode mais instituir isenções de tributos da competência dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios (art. 151, inciso III, da Constituição Federal).

Portanto, em que pese o Estado possa se socorrer de empresas privadas sem fins lucrativos ou filantrópicas para complementar os serviços de execução material, não pode pretender se eximir totalmente de sua obrigação de prestar os serviços de saúde.

O crescimento da saúde privada, nos moldes noticiados, por certo fragiliza o Sistema Único de Saúde, com prejuízos a toda população, pois os planos de saúde não dão acesso universal e igualitário.

Cabe ao Estado mais investimentos e competência na administração da saúde pública, não pretender se eximir de suas responsabilidades através da mercantilização da saúde.

CONCLUSÃO

O presente trabalho se propôs a analisar o debate em relação ao papel do Estado como provedor de ações e serviços de saúde, juntamente com as hipóteses de transferência desses serviços à iniciativa privada. Para tanto, procurou esclarecer a diferenciação entre os termos privatização, desestatização e terceirização, necessária para a compreensão do tema.

Viu-se que a Constituição Federal criou o Estado organizado determinando que suas atribuições obedeam a um ordenamento jurídico e administrativo, distribuindo suas funções entre os três poderes e os entes estatais, estabelecendo, ainda, diretrizes para a integração dos entes públicos federativos na prestação dos serviços e ações na área da saúde.

Conceitua a seguridade social, abrangendo ações para assegurar o direito à saúde, previdência e assistência social, estabelecendo, ainda, a forma de seu financiamento.

Os elementos fixados na Constituição foram regulamentados pela Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, atendendo ao princípio da universalidade em todos os níveis de assistência, e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Pois bem, da leitura da Constituição Federal depreende-se que apesar do serviço público ser campo próprio de atuação do Estado, a execução dos serviços de saúde podem ser transferidos a entidades sem fins lucrativos e filantrópicas, de forma complementar.

Isto não importa em entender que o Poder Público possa deixar de prestar os serviços para transferi-los a terceiros. Este é o cerne da questão e objeto de inúmeras críticas, inclusive da Ação de Inconstitucionalidade em face da Lei 9.637/98.

Com efeito, a realidade política, econômica e social vem revelando a absoluta inadequação do Estado para organizar eficientemente seus Poderes e sua relação com

a sociedade brasileira, especialmente para enfrentar velhas questões pendentes, como segurança, educação e saúde.

As alternativas adotadas através da Lei 9.637/98, que estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de Organizações Sociais (OSs), um novo tipo de entidade pública não estatal, com dispensa de licitação para compra de material e cessão de prédios, transferência de gestão, etc., não se coaduna com a Constituição e abre precedentes para fraudes, corrupção e desvio do erário público.

O contrato de gestão adotado para instrumentalizar a relação entre o Estado e as organizações sociais igualmente não atende os preceitos legais, eis que não possui as características típicas de um contrato, notadamente a falta de contraposição de interesses, mostrando-se o termo inapropriado.

Por outro lado, há de se constatar que a denominação utilizada pela Administração Pública para a celebração de um determinado convênio ou contrato muitas vezes não pode ser considerada pelo Poder Judiciário, que deve avaliar, acima de tudo, a real intenção do Poder Público.

Diante desse contexto, as recentes notícias em torno da proposta do Governo Federal em conceder desonerações fiscais para as operadoras criarem planos de saúde a preços populares, atraindo veementes manifestos contrários, se justificam, pois os planos privados já se ocupam de grande parte da população, e se assim não fosse a dimensão do caos na saúde seria ainda maior.

Além disso, os brasileiros arcam com uma alta carga tributária imposta justamente para obter a contraprestação prometida pelo Estado, o que não se efetiva por inúmeras razões, dentre elas, infelizmente, a corrupção e a má gestão.

A Constituição Federal, por seu turno, dispõe que “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” (art. 199, § 2º). Também a Lei nº 12.101/09 reza que a isenção de contribuições para a seguridade social somente poderá ser concedida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social (art.1º).

Viu-se, portanto, que a sociedade despertou, está mais consciente de seus direitos, e os cobra do Estado, que por sua vez deve avaliar suas condutas em prol de uma justiça social, de um desenvolvimento sustentável e de respeito à dignidade do cidadão.

O dever do estado e do governo, no Estado Democrático de Direito está em conciliar a ética às reformas legislativas, e nesse passo, a Constituição Federal é um instrumento fundamental. Imbuído de importantes princípios também trouxe avanços e meios processuais de proteção da legalidade e dos direitos do cidadão através de ações e procedimentos perante o Poder Judiciário.

Mas concretizar o Texto jurídico e introduzi-lo na realidade nacional é, sem, dúvida, um grande desafio, pois de nada adianta a declaração solene e abstrata de uma série de direitos, garantias e princípios constitucionais para os que os desconhecem ou para os que não possuem interesse e competência em utilizá-los.

Diuturnamente os meios de comunicação trazem à tona escândalos de corrupção na Administração Pública, má gestão e desvio de dinheiro público, demonstrando que é fundamental operar mudanças no País.

A responsabilidade de toda a sociedade está em fazer valer o Direito como símbolo de uma ordem social justa e equilibrada, cobrando do Estado uma reavaliação de sua postura em defesa dos princípios da equidade, universalidade e integralidade da saúde pública, ante sua submissão ao princípio da legalidade e da moralidade.

A sociedade deve, portanto, se mobilizar pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde, pois não compete à Administração Pública mercantilizar a saúde, tampouco desvirtuar os institutos de Direito Administrativo para obter a realização da atividade que deseja, sem ter que enfrentar todos os entraves de um procedimento licitatório, cuja finalidade é, ou deveria ser, o atendimento do interesse público.

OBRAS CONSULTADAS

ARAGÃO, Alexandre. As Parcerias Público-Privadas: PPPs no Direito Positivo Brasileiro. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-2-MAIO-2005ALEXANDRE%20ARA%20G%20C30.pdf>> Acesso em: 28 jul. 2013.

ARANTES, Cássia Irene Spinelli et al. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.16, n.3, jul/set. 2007, p. 470-8. Disponível em: <[http://www.ucg.br/ACAD_WEB/professor/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3504/material/artigo%20sobre%20controle%20social-%20enfer\(1\).pdf](http://www.ucg.br/ACAD_WEB/professor/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3504/material/artigo%20sobre%20controle%20social-%20enfer(1).pdf)> Acesso em: 19 jul. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. “Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e dá outras providências”. Constituição Federal – Código Civil – Código de Processo Civil. Org.: Yussef Said Cahali. 3ª ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: RT, 2001.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> acesso em: 30 jul. 2013.

_____. Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. “Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências”. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm> acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Lei nº 9.491, de 9 de setembro de 1997. “Altera procedimentos relativos ao Programa Nacional de Desestatização, revoga a Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências”. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm> acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. “Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do programa nacional de publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências.” Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm> acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. “Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências”. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm> acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. “Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública”. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm> acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009. “Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências”. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm> acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.695, de 23 de setembro de 1994. Disponível em: < www.saude.gov.br > Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS: documento aprovado pelo plenário do CNS na 158.ª Reunião Ordinária, dias 14 e 15 de setembro de 2005. Brasília, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf> Acesso em: 19 jul. 2013.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923. Rel. Ministro Ayres Britto. Disponível em:< http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto__ADI1923LF.pdf > Acesso em: 22 jul. 2013.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 445.167 RJ. Segunda Turma. Rel. Min. Cezar Peluso. DJ: 28 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28445167%2E%2E+OU+445167%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/cq6ee2p>> Acesso em: 01 ago. 2013.

_____. Tribunal Regional Federal da 1ª Região - Suspensão de liminar SL 5861 MA 2004.01.00.005861-1. DP: 22 jun. 2009. Disponível em:< <http://portal.trf1.jus.br/portaltrf1/pagina-inicial.htm> > Acesso em: 01 ago. 2013.

CAMPOS NETO, Carlos Álvares da Silva, Considerações Sobre o Projeto de Parceria Público-Privada (PPP) em Face da Experiência Recente do Brasil, Brasília: IPEA, 2004.

CONGRESSO MATO-GROSSENSE DE DIREITO MUNICIPAL, 3, 2007, Mato Grosso: OAB/MT. Disponível em: <portal.cnm.org.br/sites/6700/6745/diversos/concess> Acesso em: 10 ago. 2013.

CRUZ, Natuza Nery Johanna Nublath Valdo. Governo federal negocia para ampliar acesso a planos de saúde. Folha de S. Paulo. São Paulo, Cotidiano, 27 fev. 2013. Disponível em:<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1237512-governo-federal-negocia-para-ampliar-acesso-a-planos-de-saude.shtml>> Acesso em: 20 jul. 2013.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na Administração Pública. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. Contratos de Gestão. Contratualização do Controle Administrativo sobre a Administração Indireta e sobre as Organizações Sociais. Disponível em:< <http://www.pge.sp.gov.br> > Acesso em 08 jun. 2013.

FERNANDES, Paula Fernanda da Silva. O controle jurisdicional do ato político. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 67, 1 set. 2003. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/4371>> Acesso em: 28 ago. 2013.

GASPARINI, Diógenes. Direito Administrativo. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LIMA, Sídia Maria Porto. A Emenda Constitucional nº 19/98 e a administração gerencial no Brasil. Jus Navigandi, Teresina, ano 5, n. 38, 1 jan. 2000. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/475>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

JUSTEN FILHO, Marçal. Tipo de Atividade Administrativa: Serviço Público. In: _____. Curso de Direito Administrativo. 3ª ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 30 ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

..... 33 ed. atual por Eurico de Andrade Azevedo, Délcio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. São Paulo:Malheiros, 2007.

..... 35 ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de Direito Administrativo. 13 ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

..... 12. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2006.

MINISTÉRIO da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MOREIRA NETO, Diogo Figueredo. Curso de direito administrativo, 12 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência. São Paulo: Saraiva, 2002.

PARECER sobre terceirização e parceiros na Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id239.htm>> Acesso em 02 ago. 2013.

ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Terceiro Setor. São Paulo: Malheiros, 2006.

ROSA, Márcio Fernando Elias. Direito Administrativo. Vol. 19. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

SOUTO, Marcos Juruena Villela. Desestatização: privatização, concessões e terceirizações 3ª ed. Atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

**DEPOIS NÃO DIGA
QUE NÃO SABIA**

**DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA
DOCUMENTOS MÉDICOS**

É vedado ao médico:

Art. 80 - Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

ATESTADOS MÉDICOS, MÉDICOS ASSISTENTES E BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

MEDICAL CERTIFICATES, MEDICAL ASSISTANTS AND SOCIAL SECURITY BENEFITS

*Leonardo Biscaia**

Palavras-chave – *Atestado médico, legislação previdenciária, benefício, codificação de doença, afastamento laboral, perícia.*

Keywords – *Medical certificate, social security legislation, benefit, disease coding, work leave, expertise.*

Recentemente, houve no CRM-PR um evento destinado a discutir o atestado médico; entre os temas abordados, falou-se sobre a responsabilidade do médico assistente na emissão desse tipo de documento e como deve ser preenchido corretamente. Embora aparentemente banais, esses aspectos traduzem-se na modificação das relações de trabalho dos pacientes com seus empregadores e com os órgãos governamentais que regulam as atividades civis. Deixando de lado as implicações trabalhistas e civis – pois são assuntos bastante extensos –, o que importa tratar aqui são os resultados produzidos junto à Previdência Social.

*Perito Médico do INSS, doutorando em Sociologia - UFPR e mestre em Saúde Pública/Fiocruz

Como se sabe, a legislação previdenciária brasileira estabelece que todo trabalhador deve ser encaminhado para avaliação pericial médica a cargo do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS – para analisar a percepção de benefício por incapacidade se permanecer afastado do trabalho por mais de 15 dias. Como o afastamento do trabalho é por doença, quem atesta a existência de doença é o médico assistente, que registra no atestado médico o prazo previsto do tratamento do seu paciente, além de outras informações que julgue pertinentes, dentre as quais o estado atual da doença, o prognóstico e a codificação internacional das doenças (CID).

É preciso lembrar que a concessão do benefício previdenciário é feita pelo INSS e não pelo perito médico, sendo necessário ainda o cumprimento de exigências administrativas – como a filiação ao regime geral da Previdência Social, a data do início da doença e a data do requerimento do benefício – sem as quais o paciente/segurado, mesmo estando incapaz para o trabalho, não terá direito ao auxílio-doença.

Tem-se então duas figuras muito bem determinadas, com suas próprias competências e suas atividades características. A primeira é a do médico assistente, que responde pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente/segurado. A segunda é a do perito médico previdenciário, que analisa o impacto que a doença alegada para o afastamento do paciente/segurado tem sobre a sua capacidade de desempenhar suas atividades laborativas. Tudo isso está definido de modo muito claro em uma resolução do CFM publicada em 2008, a de número 1.851, que sofreu modificação recentemente, por meio da resolução 2.015 de 2013 – além do que está disposto capítulo XI do Código de Ética Médica, sobre auditoria e perícia médica.

O ponto que desejo destacar é a diferença fundamental que há entre o médico assistente e o perito médico da Previdência – diferença que foi enfatizada pela resolução CFM 2.015/2013: o médico assistente não pode ser perito do próprio paciente, isto é, ele não pode, por não estar autorizado, a emitir juízos sobre a capacidade ou incapacidade do seu paciente para a consecução das atividades ocupacionais. A justificativa para essa divisão de tarefas reside nos diferentes comprometimentos de um e outro médico; o assistente está empenhado em utilizar todos os meios e todo o seu conhecimento para beneficiar o seu paciente, com quem mantém uma relação de confiança. O perito previdenciário, por seu turno, não baseia sua prática na relação médico/paciente e, portanto, não se estabelece uma relação de confiança; na verdade, a relação entre perito e paciente/segurado é caracterizada

pela desconfiança mútua, tendo em vista haver interesses pecuniários envolvidos nessa relação. Ao perito, como dito acima, como funcionário público designado para responder a determinadas questões formuladas implícita ou explicitamente pelo Estado, cabe analisar as conseqüências de um dado diagnóstico sobre a capacidade para o trabalho do paciente/segurado, não sendo de sua responsabilidade o diagnóstico, o tratamento nem o acompanhamento do paciente, embora esses conhecimentos sejam indispensáveis para sua avaliação.

O resultado prático da diferença entre médico assistente e perito previdenciário é que, nos atestados médicos exarados pelos assistentes, não deve haver referências à capacidade laborativa do seu paciente/segurado. Assim, expressões do tipo “incapaz para as atividades profissionais” ou “deve afastar-se do trabalho”, ainda que bem intencionadas e mesmo como mera sugestão, constituem perícia do próprio paciente, portanto contrariam os ditames éticos da profissão médica.

Muitos médicos que são frequentemente procurados por pacientes/segurados para emitir atestados médicos com vistas precisamente a perícia do INSS já mudaram suas condutas e deixaram de afirmar em seus atestados seu paciente “deve ser aposentado” ou “deve receber auxílio-doença”. Esses nobres colegas, muitos dos quais se viram questionados sobre a eticidade de suas condutas, entenderam que o mais adequado é informar o que lhes cabe informar, reservando ao perito médico a decisão sobre a concessão do benefício previdenciário. Os médicos assistentes que ainda fazem esse tipo de sugestão precisam conscientizar-se do equívoco que cometem e evitar serem peritos de seus pacientes; os peritos médicos previdenciários precisam encaminhar os atestados que firmam as regras dessa forma aos canais competentes. O CRM deve, por sua vez, orientar os médicos assistentes, fiscalizando e cobrando o cumprimento dessas normas, punindo quando for o caso.

MÉDICOS CUBANOS: CUSTOS TRABALHISTAS

CUBAN DOCTORS: LABOR COSTS

*José Pastore**

Palavras-chave – *Contribuição previdenciária, encargos sociais, ações judiciais, danos morais, CLT, Mais Médicos.*

Keywords – *Social security contributions, payroll taxes, lawsuits, punitive damages, CLT, Mais Médicos (More Doctors).*

Li nos jornais que o governo se assustou ao saber que o subterfúgio da "bolsa-formação" a ser usado para remunerar os médicos cubanos não está isento do recolhimento das contribuições previdenciárias. O aviso veio da Secretaria da Receita Federal. O órgão alertou que a importância mensal paga aos médicos constitui salário e, como tal, está sujeita ao recolhimento ao INSS de 11% pelos contratados e de 20% pelo contratante. Para o governo, a despesa mensal subiu de R\$ 10 mil para R\$ 12 mil por médico.

Como se trata de salário, haverá sobre ele incidência de todos os encargos sociais (FGTS, seguro acidente do trabalho, salário-educação, descanso semanal remunerado, férias, abono, aviso prévio e outros) que somam 102,43% do salário. É isso que diz a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

*Professor de Relações do Trabalho da FEA-USP e membro da Academia Paulista de Letras.

O governo, que previa gastar R\$ 511 milhões para contratar 4 mil médicos cubanos por quatro anos, terá de reservar mais de R\$ 1 bilhão só para essas despesas. Não estão nessa conta os gastos com transporte e acomodação dos médicos no Brasil, nem tampouco os adicionais por insalubridade e periculosidade a que muitos farão jus.

Há que se considerar ainda que, mais cedo ou mais tarde, os médicos cubanos conhecerão o alcance das nossas leis trabalhistas, que, se não forem cumpridas, detonarão ações judiciais - individuais ou coletivas - com vistas a receberem atrasados e reparar danos morais. Eles saberão que, ao contrário de Cuba, as portas dos tribunais do Brasil estão permanentemente abertas para todos os cidadãos que aqui trabalham. Basta acioná-los.

Por isso, a conta pode subir muito. Todos sabem que, no campo trabalhista, quem paga mal paga duas vezes. Pagamentos realizados por força de sentenças judiciais são sujeitos a elevadas multas e pesada correção monetária.

Suponho que os competentes advogados da União tenham prevenido os nossos governantes sobre os riscos a que estavam submetendo a Nação. Tudo indica, porém, que a urgência para montar um programa eleitoral falou mais alto, e venceu. Agora, o bom senso recomenda fazer provisões para o desfecho, que pode ser desastroso.

Tenho estranhado o silêncio do Ministério Público do Trabalho. Da mesma forma, intriga-me o mutismo das associações de magistrados do trabalho. Mais surpreendente ainda é a indiferença das centrais sindicais, que, sendo contrárias à necessária regularização da terceirização no Brasil, assistem pacificamente a um tipo de contratação que tem tudo do trabalho escravo. Basta lembrar que os médicos cubanos não podem trazer seus familiares; estão impedidos de sair do Brasil; se pedirem asilo, será negado; e ainda têm 70% do seu salário confiscado e remetido ao governo cubano, que nada pode fazer para os brasileiros. Situações mais brandas que essa têm sido denunciadas pelas centrais sindicais como "análogas ao trabalho escravo". Neste caso, "ouve-se um sonoro silêncio". Não me deterei nesse aspecto, pois o assunto já foi bastante comentado pela imprensa. Não comentarei tampouco a insinuação de que os recursos que vão para Cuba acabarão voltando para o Brasil - não se sabe para quê.

A minha preocupação está na área trabalhista, porque, a julgar pela conduta rigorosa da Justiça do Trabalho, a conta dessa contratação pode se tornar colossal, o que vai demandar recursos que poderiam ser aplicados na própria solução eficaz do problema da saúde em prazo médio.

Para dizer o mínimo, a fórmula escolhida pelo governo agrediu o interesse nacional. Por mais nobres que sejam os propósitos do Programa Mais Médicos, nada justificava afrontar o nosso ordenamento jurídico de forma tão contundente. Afinal, tudo poderia ser feito seguindo as regras vigentes, como, aliás, ocorre com os médicos que vêm da Argentina, Portugal, Espanha e de outros países que aqui estão para ajudar a aliviar a dor dos brasileiros. Até quando nossos governantes poderão desperdiçar o dinheiro do povo impunemente?

**DEPOIS NÃO DIGA
QUE NÃO SABIA**

DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

É vedado ao médico:

Artigo 5.º - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

NORMAS PARA FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS E FISCALIZAÇÃO DO CRM

STANDARDS FOR OPERATION OF MEDICAL SERVICES AND SURVEILLANCE OF CRM

* CFM

Palavras-chave – *Fiscalização, serviços médicos, roteiros de anamnese, vistoria, perícias médicas, prontuário médico.*

Keywords – *Surveillance, medical services, anamnesis, inspection, medical investigations, medical records.*

RESUMO

Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

* Conselho Federal de Medicina

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar em qualquer ponto do território nacional sem ter um diretor técnico habilitado para o exercício da Medicina nos termos do regulamento sanitário federal;

CONSIDERANDO que de acordo com o artigo 15, letra "c" da Lei nº 3.268/57, os Conselhos Regionais de Medicina são incumbidos da fiscalização do exercício da profissão médica;

CONSIDERANDO que o artigo 12 do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, deixa claro que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício das profissões;

CONSIDERANDO que todos os serviços cuja atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros seja exercida por médico legalmente capacitado e devem ser fiscalizados pelos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), atribui aos órgãos de fiscalização do exercício profissional, juntamente com a União, estados, Distrito Federal e municípios, as competências de definir e controlar os padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

CONSIDERANDO o artigo 7º da Lei 12.842/13, que atribui ao "Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos";

CONSIDERANDO que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade;

CONSIDERANDO que o prontuário deve conter os dados clínicos

necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a fiscalização do exercício da Medicina e dos organismos de prestação de serviços médicos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 20 de setembro de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que criem departamentos de Fiscalização da profissão de médico e de serviços médico-assistenciais.

Art. 2º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que fiscalizem de forma regular, efetiva e direta, o exercício da profissão do médico e seus locais de trabalho, quer sejam públicos ou privados.

Art. 3º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina, para o perfeito exercício da ação fiscalizadora, que adotem medidas, quando necessárias, em conjunto com as autoridades sanitárias locais, Ministério Público, Poder Judiciário, conselhos de saúde e conselhos de profissão regulamentada.

Art. 4º Aprovar as normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil e seus roteiros de vistoria, anexos a esta resolução.

Art. 5º A presente resolução e seus anexos entrarão em vigor no prazo de 180 dias, contados a partir de sua publicação, quando será revogada a Resolução CFM nº 1.613/01, publicada no D.O.U. de 9 de março de 2001, Seção I, p. 16-7, e demais disposições em contrário.

Brasília, 10 de janeiro de 2013.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

ANEXO I

NORMAS PARA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE MÉDICO, DO FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS E DOS ROTEIROS DE VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DA ORGANIZAÇÃO E COMPETÊNCIA DOS DEPARTAMENTOS DE FISCALIZAÇÃO NOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA.

Art. 1º. Os Conselhos Regionais de Medicina organizarão e manterão, nas áreas de suas respectivas jurisdições, atividades de fiscalização do desempenho técnico e ético da Medicina, por meio do Departamento de Fiscalização, integrado por conselheiros, delegados, representantes locais, médicos fiscais e médicos fiscais ad hoc, podendo contar, também, com agentes administrativos em sua organização.

§ 1º. A Coordenação do Departamento de Fiscalização será obrigatoriamente desempenhada por conselheiro.

§ 2º. A designação de médicos fiscais ad hoc deverá, sempre, ser realizada mediante portaria assinada pelo coordenador de Fiscalização e a duração desta designação estará restrita àquela ação específica.

§ 3º. É livre o acesso dos membros da equipe de fiscalização a qualquer estabelecimento, ou dependência de estabelecimento, onde se exerça de forma direta ou indireta a prática médica, obrigando-se o diretor técnico médico, qualquer médico ou o funcionário responsável pelo serviço, a assegurar as plenas condições para que o trabalho seja realizado com eficiência e segurança.

§ 4º. O impedimento da realização da vistoria por parte do diretor técnico médico ou de médico presente durante a vistoria caracterizará infração ética.

§ 5º. Em caso de obstrução à ação fiscalizadora do Conselho Regional de Medicina, poderá ser acionada força policial para o efetivo cumprimento dessa atribuição.

Art. 2º. Compete ao Departamento de Fiscalização:

a) Planejar, executar e avaliar as ações do Departamento;

- b) Fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- c) Fiscalizar com exclusividade os serviços e estabelecimentos onde houver exercício da Medicina, exceto no que for concorrente às agências de Vigilância Sanitária e outros órgãos de fiscalização profissional no âmbito restrito de suas competências;
- d) Fiscalizar a publicidade e anúncios de médicos e de serviços de assistência médica, quaisquer que sejam os meios de divulgação;
- e) Manter atualizados os dados cadastrais dos médicos e seus consultórios, dos estabelecimentos médico-assistenciais e outros prestadores de serviços;
- f) Notificar, ao presidente e/ou diretor responsável no Conselho Regional de Medicina, o exercício ilegal da Medicina;
- g) Encaminhar, ao presidente e/ou diretor responsável no Conselho Regional de Medicina, as irregularidades encontradas nas fiscalizações, para as providências cabíveis;
- h) Apresentar relatório anual, até janeiro do exercício fiscal do ano subsequente, contendo informações detalhadas de suas ações e respectivas despesas, inclusive os repasses do CFM de acordo com instrução normativa própria, que depois de apreciado no âmbito local será remetido ao CFM junto ao consolidado da prestação de contas.

Parágrafo único. De acordo com o Regimento Interno do Conselho Regional de Medicina, a Codame poderá ser parte integrante do Departamento de Fiscalização.

Art. 3º. Os conselheiros, delegados e representantes regionais são considerados fiscais natos em decorrência da Lei nº 3.268/57.

Parágrafo único. Cada conselheiro, delegado ou representante regional receberá carteira de identidade funcional, sendo esta a credencial que deverá apresentar por ocasião do ato fiscalizatório.

Art. 4º. O cargo de médico fiscal deverá ser preenchido mediante concurso público, não sendo permitido aos conselheiros, federais ou regionais, participarem desse certame.

§ 1º. O médico fiscal receberá carteira de identidade funcional, sendo esta a credencial que deverá apresentar por ocasião do ato fiscalizatório.

§ 2º. A carteira de identidade funcional deverá ser conferida também aos agentes administrativos designados para cumprir diligências ou fiscalizações.

Art. 5º. No exercício de suas atividades, os membros da equipe de fiscalização adotarão as seguintes providências:

I - Verificar se os serviços fiscalizados estão de acordo com a atividade declarada pelo médico na atividade privada, no contrato social registrado de pessoas jurídicas e, nos estabelecimentos públicos, o que consta como sua atividade-fim, bem como regularizados no Conselho Regional de Medicina.

II - Lavrar o Termo de Vistoria e, se necessário, o de Notificação.

III - O Termo de Vistoria especificará as condições encontradas no serviço fiscalizado, podendo utilizar, inclusive, métodos de imagem que confirmem os dados coletados, evitando a identificação de pacientes quando os registros envolverem a imagem de pessoas.

IV - Havendo irregularidades, será lavrado, juntamente com o Termo de Vistoria, o Termo de Notificação.

Art. 6º. Os termos de Vistoria e de Notificação serão lavrados em duas vias, datadas e assinadas pelo(s) membro(s) da equipe de fiscalização, pelo diretor técnico médico do estabelecimento ou pelo médico presente na vistoria ou, ainda, pelo funcionário designado para acompanhar a fiscalização.

§ 1º. Na recusa em assinar os termos de Vistoria e de Notificação, os mesmos serão assinados por duas testemunhas e o fato constará do Relatório de Vistoria.

§ 2º. Quando não houver médico ou responsável institucional para receber os termos de Vistoria e de Notificação, estes serão expedidos pelo Departamento de Fiscalização, conferindo-se prazo ao diretor técnico médico, ou a quem hierarquicamente possa responder, para apresentar manifestação de esclarecimento.

§ 3º. A ausência de resposta implicará o envio do expediente à Corregedoria, que obedecerá aos preceitos previstos no Código de Processo Ético- Profissional.

Art. 7º. O coordenador do Departamento de Fiscalização, ao encaminhar as irregularidades constatadas ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho Regional de Medicina, deverá juntar cópia do(s) respectivo(s) processo(s) de fiscalização e, sempre que possível, instruí-lo com os antecedentes do profissional,

do estabelecimento ou da organização fiscalizados constantes no arquivo do órgão.

Art. 8º. A regularização da situação determinará o arquivamento do processo de fiscalização, por despacho do presidente e/ou coordenador do Departamento de Fiscalização.

Parágrafo único. As sindicâncias em tramitação na Corregedoria obedecerão ao estabelecido no Código de Processo Ético-Profissional.

Art. 9º. A não regularização da situação determinará a continuidade do processo de fiscalização, independentemente de outras providências tomadas, inclusive de interdição ética.

Art. 10. Os documentos do processo de fiscalização serão registrados e arquivados no Departamento de Fiscalização.

Art. 11. Os Conselhos Regionais de Medicina adotarão este Anexo 1, o Anexo 2 (Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil) e os roteiros de vistoria como orientadores da atividade fiscalizatória. Estes também serão instrumentos de responsabilização ética e técnica para todos os diretores técnicos médicos, chefes de serviços diretamente relacionados ao ato médico, os médicos em geral, inclusive na atividade de consultório de pessoas físicas e jurídicas de natureza pública ou privada em todo o território nacional.

Art. 12. Os médicos e diretores técnicos médicos, em obediência ao disposto no Código de Ética Médica, poderão suspender as atividades institucionais obedecendo ao disposto nesta resolução e normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 13. De ofício, em decorrência de ato de rotina ou provocado por autoridade ou por notícia pública, o Conselho Regional de Medicina poderá determinar a interdição ética de serviço médico de acordo com o disposto nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 14. Para efeito do cumprimento do disposto nos artigos 12 e 13 destas normas, o rito deverá seguir o disposto na resolução específica que disciplina a suspensão de atividades institucionais por médicos e diretor técnico médico, e a interdição ética de consultórios privados e de pessoas jurídicas pelos Conselhos Regionais de Medicina.

CAPÍTULO II

DA DEFINIÇÃO DE SERVIÇOS E AMBIENTES MÉDICOS

Art. 15. São serviços de assistência médica: hospitais gerais ou especializados, serviços hospitalares de urgência e de emergência médicas, serviços que pratiquem hospitalização de qualquer natureza, unidades básicas de saúde, centros de saúde, ambulatórios gerais e especializados, consultórios médicos institucionais, de pessoas jurídicas ou de pessoas físicas individuais, bem como serviços com características peculiares, como os postos de Saúde da Família, os centros de atenção psicossocial (Caps), serviços médicos comunitários, serviços de diagnóstico médico e serviços de perícia médica.

§ 1º. Tais serviços só poderão funcionar mediante prévia inscrição no Conselho Regional de Medicina da jurisdição, com a indicação de seu diretor técnico médico quando pessoa jurídica.

§ 2º. Expressões como "acolhimento", "admissão" ou "indicação" serão compreendidas como sinônimos de "internação", quando se tratar de ato no qual fique clara a intenção do agente, de manter pessoa sob tratamento em ambiente médico.

Art. 16. Ambiente médico é aquele no qual se exija a presença de médico para definição de diagnóstico, terapêutica e estratégia de reabilitação, alcançando também aqueles onde se executam os ditos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, com ou sem a permanência do paciente nas dependências do serviço, bem como a execução de atos periciais.

CAPÍTULO III

DO DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

Art. 17. O diretor técnico médico é o fiador das condições mínimas para a segurança dos atos privativos de médicos, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, estando autorizado a determinar a suspensão dos trabalhos quando inexistirem estas condições.

Art. 18. O diretor técnico médico obriga-se a informar ao Conselho Regional de Medicina, com cópia para os administradores da instituição, sempre que faltarem as condições necessárias para a boa prática médica.

§ 1º. Em até quinze dias úteis, o Conselho Regional de Medicina fará inspeção para averiguar as irregularidades apontadas, produzindo relatório conclusivo.

§ 2º. Baseado nas conclusões do relatório, o diretor técnico médico poderá determinar a suspensão total ou parcial dos serviços até que as condições mínimas previstas nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil sejam restabelecidas.

§ 3º. Determinada a suspensão total ou parcial, a retomada plena das atividades deverá ser precedida de inspeção do Conselho Regional de Medicina, que averiguará se houve o saneamento das irregularidades que deram causa à suspensão.

§ 4º. Este ato deve contar com a participação do corpo clínico em razão da integração e responsabilidade compartilhada pela assistência e segurança dos pacientes.

§ 5º Comprovar, sempre que instado pelo Conselho Regional, que de forma documental, antecedendo a este ato, exigira providência de instâncias superiores para a solução dos problemas.

Art. 19. É dever do diretor técnico médico garantir que todos sejam tratados com respeito e dignidade pelas equipes e profissionais de saúde da instituição que dirige.

CAPÍTULO IV

DOS MÉDICOS INTEGRANTES DE CORPO CLÍNICO

Art. 20. Os médicos que integram o Corpo Clínico de uma instituição devem colaborar para que se façam presentes as condições mínimas para a segurança do ato médico, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

§ 1º. É dever dos médicos defender o direito de cada paciente usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados à sua situação clínica ou cirúrgica.

§ 2º. Na ausência das condições descritas nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, deve(m) o(s) médico(s) através de ofício ao diretor técnico médico solicitando a correção das deficiências, com cópia à Comissão de Ética Médica da instituição, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina.

§ 3º. Na ausência de resposta escrita do diretor técnico médico no prazo de sete dias úteis, deve(m) o(s) médico(s) informar a omissão à Comissão de Ética Médica, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina.

§ 4º. Recebida a informação mencionada no § 3º deste artigo, o Conselho Regional de Medicina terá o prazo de até quinze dias úteis para realizar fiscalização com vistas a averiguar as condições denunciadas e decretar providências.

§ 5º. Havendo inércia dos dirigentes da instituição em apontar meios para e, quando instado, sanar as irregularidades apontadas no relatório conclusivo da Fiscalização, o Conselho Regional de Medicina poderá determinar a suspensão parcial ou total das atividades médicas no local sempre com a participação e presença do corpo clínico.

§ 6º. Nas instituições onde for obrigatória a existência da Diretoria Clínica, este diretor, representante do Corpo Clínico, será encarregado de apresentar as reclamações perante a instância técnica e administrativa do estabelecimento médico, bem como perante o Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V

DA RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS INVESTIDOS EM FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS DE QUAISQUER NATUREZAS

Art. 21. Os médicos investidos em funções ou cargos administrativos, públicos ou privados, que interfiram direta ou indiretamente no planejamento, na assistência ou na fiscalização do ato médico, quando devidamente cientificados, serão considerados corresponsáveis quando a prática da Medicina se fizer em desacordo a estas normas e ao Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, em serviços situados em área subordinada a sua autoridade.

Parágrafo único. Esta responsabilização alcança a inércia em permitir a persistência de condições degradantes à assistência aos pacientes, à realização de pesquisas em pacientes sem autorização de Comitê de Ética em Pesquisa e a utilização de procedimentos considerados não válidos pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO VI

DOS DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES TERAPÊUTICAS

Art. 22. É vedado ao médico delegar a outro profissional ato privativo de médico, mesmo quando integrante de equipe multiprofissional.

§ 1º. Quando se tratar de programas de saúde pública executados em sua área de abrangência, supervisionará o trabalho dos profissionais envolvidos em sua aplicação, respondendo por seus aspectos éticos e técnicos.

§ 2º. Quando a aplicação dos programas de saúde pública não obedecerem ao que está previsto no parágrafo primeiro, exime-se o médico de responder por resultados adversos, inclusive morte ou lesão corporal, devendo comunicar o fato, por escrito, ao diretor técnico médico ou diretor clínico, e ao Conselho Regional de Medicina, para as providências legais cabíveis.

Art. 23. O diagnóstico e a classificação de doença devem ser realizados por médico, em conformidade com a versão vigente da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Parágrafo único. Na realização do diagnóstico, o médico não deve discriminar o paciente pelo status econômico, político, social, orientação sexual, pertinência a grupo cultural, etnia, religião ou qualquer razão não relacionada ao adoecimento da pessoa.

Art. 24. Os médicos, atuando em quaisquer estabelecimentos ou serviços de assistência médica, são responsáveis pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência.

§ 1º. É de competência exclusiva de médico a prescrição de admissões e altas de pacientes sob sua responsabilidade, sendo terminantemente vetada a admissão ou alta multiprofissional.

§ 2º. Havendo indicação clínica de autorizar a saída temporária de paciente de estabelecimento de saúde para observação evolutiva e/ou de adaptação em família, esta deve ser concedida exclusivamente por médico.

§ 3º. O médico integrante de equipe de saúde deverá colaborar com e aceitar a colaboração de outros profissionais para a definição e execução de estratégias assistenciais.

Art. 25. O médico assistente deve atuar com a mais ampla liberdade profissional durante todo o tratamento, sujeitando-se, entretanto, aos mecanismos de supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica.

CAPÍTULO VII

DOS ESTABELECIMENTOS DE INTERNAÇÃO MÉDICA

Art. 26. Os serviços que realizem assistência em regime de internação, parcial ou integral, inclusive hospitalar, devem oferecer as seguintes condições mínimas para o exercício da medicina:

I - equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas do estabelecimento.

II - pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais obrigações assistenciais.

III - equipamentos essenciais de diagnóstico e tratamento de acordo com as finalidades a que se destine o estabelecimento, incluindo material para atendimento de parada cardiorrespiratória.

IV - plantão médico presencial permanente durante todo o período de funcionamento do serviço.

a. Os plantões devem obedecer à carga horária estipulada na legislação trabalhista ou em acordo do Corpo Clínico;

b. As principais ocorrências do plantão devem ser assentadas em Livro próprio ao término de cada jornada de trabalho;

c. O médico plantonista não pode ausentar-se do plantão, salvo por motivo de força maior, justificada por escrito ao diretor técnico médico;

d. O médico plantonista obriga-se a esperar seu substituto e, ao fazer a passagem de plantão, a informar-lhe sobre as principais ocorrências;

e. Em caso de atraso, ou falta, de seu substituto, deve o plantonista entrar em contato com o diretor técnico médico e/ou chefe do serviço para que estes providenciem a solução, ou eles próprios venham substituir o faltoso até que a providência definitiva seja adotada;

f. Mesmo na condição citada acima, o plantonista deve permanecer em seu posto de trabalho até a chegada do substituto.

g. Nos serviços de urgência e emergência, o médico plantonista atenderá a toda a demanda que os procure, com a ressalva de que a regulação quanto ao número de atendimentos e outras providências de funcionamento estarão disciplinadas em resolução própria para urgência e emergência.

h. Em todos os ambientes médicos onde se realizem turnos de plantão é obrigatório área de repouso médico.

V - farmácia/dispensário de medicamentos.

VI - unidade de nutrição e dietética (próprio ou terceirizado).

VII - sala de curativo/sutura.

VIII - central de material esterilizado (próprio ou terceirizado).

IX - área de expurgo ou sala de utilidades acordo com as regras sanitárias.

X - DML

XI - central ou fonte de gases medicinais.

XII - almoxarifado.

XIII - gerador de energia naqueles serviços onde a interrupção do fornecimento energético comprometa a segurança da assistência, a exemplo de UTIs, serviços de urgência e emergência, centros cirúrgicos eletivos, e em locais onde se conserve medicamentos e insumos biológicos que requeiram refrigeração contínua e outros assim entendidos em regras específicas.

Art. 27. A depender da natureza e da finalidade do estabelecimento que realiza assistência em regime de internação, parcial ou integral, além dos requisitos descritos no artigo anterior são também condições mínimas para o exercício da Medicina:

I - centro cirúrgico com infraestrutura adequada aos procedimentos a serem aplicados.

II - sala de parto normal e cirúrgico, em caso de maternidade.

a. É obrigatória a presença de médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos;

b. Os partos normais, em gestantes de risco habitual, realizados por parteiras e enfermeiras obstétricas, em maternidades ou Centros de Parto devem ser supervisionados por médicos nos termos do artigo 22 parágrafos 1º e 2º desta resolução.

c. Os Centros de Parto devem estar circunscritos à área da maternidade, com infraestrutura para abordar as emergências obstétricas imediatamente.

III - sala de recuperação pós-anestésica.

IV - unidade de cuidados intermediário.

V - UTI geral, cardiológica, neurológica, pediátrica e neonatal, compatível com o porte e a finalidade do estabelecimento.

VI - sala de isolamento para os casos indicados.

VII - unidade de serviço hemoterápico.

VIII - necrotério.

IX - serviço de engenharia para infraestrutura, manutenção de equipamentos e de segurança do trabalho (próprio ou terceirizados).

Parágrafo único. Nos serviços onde se praticam internações parciais, como Hospital Dia e Caps, nos hospitais de pequeno porte, até 50 leitos, e nos ambulatorios e Caps AD II, III e Caps III é obrigatória a presença de pelo menos um médico durante todo o horário de funcionamento cobrindo a porta de entrada e a assistência à intercorrência em internos, não eximindo, entretanto, o serviço, da obrigação de ter médico assistente ou diarista para as prescrições de manutenção e ambulatoriais, de acordo com a demanda.

Art. 28. O tratamento dado a pacientes de serviços e estabelecimentos de internação médica deve ser regular, contínuo e abrangente, incluindo fornecimento de alimentação, medicamentos e de higiene.

§1º. Serviços geriátricos, de cuidados paliativos e psiquiátricos, devem garantir o acesso dos pacientes aos recursos médicos, clínicos ou cirúrgicos, que se fizerem necessários no curso do tratamento.

§ 2º. As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, e presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal, de acordo com

a Lei nº 10.216/01, as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

§ 3º. Os serviços destinados a cuidados médicos intensivos ou semi-intensivos, incluindo internações breves para desintoxicação, devem preencher os requisitos de suporte à vida, conforme definem estas normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil para estabelecimentos de assistência em regime de internação, parcial ou integral, incluindo médico plantonista durante todo o seu período de funcionamento.

Art. 29. Nos termos destas normas não são considerados serviços de assistência médica os serviços residenciais, sociais e de reabilitação que não tenham finalidade médica, tais como centros de convivência, moradias supervisionadas, asilos, comunidades terapêuticas não médicas (acolhedoras) e similares.

§ 1º. Nesses estabelecimentos não devem ocorrer prescrições médicas, sendo terminantemente vedadas internações involuntárias e compulsórias em função de transtorno psiquiátrico, entre os quais a dependência química, ou de patologias que requeiram atenção médica presencial e constante.

§ 2º. As instituições de assistência aos idosos, com características asilares, organizarão seu departamento de prescrições médicas de acordo com normas específicas para os consultórios de geriatria, sendo permitida a prescrição de medicamentos para as rotinas geriátricas e vetadas as prescrições que exijam infraestrutura hospitalar para sua administração.

CAPÍTULO VIII

DO TRATAMENTO MÉDICO GERAL E ESPECIALIZADO

Art. 30. Nenhum tratamento será administrado a qualquer pessoa sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário.

Parágrafo único. Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente, ressalvada a condição prevista na parte final do caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

Art. 31. Para quaisquer modalidades de tratamento os serviços médicos

extra-hospitalares devem ser prioritários, dando-se prioridade aos mais próximos da comunidade do paciente, encaminhando-o àquele mais adequado a suas necessidades e observando a hierarquia entre atenção primária, secundária e terciária.

Parágrafo único. Toda internação em serviços assistenciais médicos se dará pelo tempo necessário para que o paciente possa receber sua alta e continuar o tratamento em serviço extra-hospitalar.

Art. 32. Os médicos assistentes, observando os limites do quadro clínico dos pacientes e as condições e regras institucionais, devem possibilitar aos mesmos acesso à comunicação, locomoção e convívio social.

Art. 33. O tratamento e os cuidados a cada paciente devem basear-se em plano terapêutico individual, discutido com o paciente ou seu responsável legal, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional qualificado, ressalvadas as situações de urgência e emergência.

Art. 34. É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência geriátrica, cuidados paliativos e psiquiátricos, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro.

Art. 35. O paciente que estiver contido deve permanecer sob cuidado e supervisão imediata e regular de membro da equipe, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito.

Art. 36. Quando da contenção física o representante legal ou a família do paciente devem ser informados tão logo possível.

Art. 37. Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica geral, público ou privado, poderá recusar atendimento médico a paciente portador de doença mental.

Art. 38. Os procedimentos médicos clínicos ou cirúrgicos, quando necessários à saúde de paciente com doença mental, devem obedecer aos mesmos critérios adotados pela Medicina para os agravos à saúde de pacientes não psiquiátricos

CAPÍTULO IX

DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR GERAL E ESPECIALIZADA

Art. 39. A internação de paciente em serviço de assistência médica deve ocorrer mediante Nota de Internação circunstanciada que exponha sua motivação.

Parágrafo único. Toda anamnese deverá obedecer ao estabelecido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 40. As internações psiquiátricas serão realizadas de acordo com o disposto na Lei nº 10.216/01, sendo classificadas como voluntárias, involuntárias e compulsórias.

I - Internação voluntária é a que se dá com o consentimento expresso e por escrito de paciente em condições psíquicas de manifestação válida de vontade.

II - Internação involuntária é a que se dá contrariamente à vontade do paciente, sem o seu consentimento expresso ou com consentimento inválido. Para que ocorra, faz-se necessária a concordância de representante legal, exceto em situações de emergência médica.

III - Internação compulsória é aquela determinada por magistrado mediante prévia avaliação médica e emissão de parecer sob a forma de laudo médico circunstanciado.

§ 1º. Todo paciente admitido voluntariamente tem o direito de solicitar sua alta ao médico assistente a qualquer momento;

§ 2º. Se houver contraindicação clínica para a alta e presentes os requisitos que autorizam a internação involuntária, o médico assistente deve converter a internação voluntária em involuntária nos termos da Lei nº 10.216/01.

§ 3º. Do mesmo modo, uma internação involuntária poderá ser convertida em voluntária dependendo da avaliação clínica do médico assistente em comum acordo com paciente e/ou seu representante legal.

Art. 41. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

I - Incapacidade grave de autocuidados.

II - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.

III - Risco de autoagressão ou de heteroagressão.

IV - Risco de prejuízo moral ou patrimonial.

V - Risco de agressão à ordem pública.

§ 1º. O risco à vida ou à saúde inclui as síndromes de intoxicação e de abstinência de substância psicoativa e os quadros de grave dependência química.

Art. 42. O diretor técnico médico do estabelecimento comunicará ao Ministério Público Estadual, no prazo de setenta e duas horas, toda internação psiquiátrica involuntária que tenha ocorrido, bem como seu término.

Art. 43. Nas internações compulsórias quem determina a natureza e o tipo de tratamento a ser ministrado é o médico assistente do paciente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que este se encontra em condições, cabendo ao diretor técnico médico comunicar tal fato ao juiz, para as providências que entender cabíveis.

Art. 44. As internações psiquiátricas voluntárias, involuntárias e compulsórias somente poderão ser realizadas em estabelecimentos que preencham os requisitos dos artigos 38 e seguintes das presentes normas.

CAPÍTULO X

DA ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

Art. 45. Qualquer tratamento administrado a paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário, o qual deve ser organizado de modo a:

a) permitir fácil leitura e interpretação por médicos e outros profissionais que o manuseiem;

b) possibilitar fácil manuseio e interpretação por auditores e autoridades relacionadas ao controle da medicina;

c) contemplar a seguinte ordem: anamnese, folhas de prescrição e de evolução exclusiva para médicos e enfermeiros, folhas de assentamento evolutivo comum para os demais profissionais que intervenham na assistência.

Art. 46. As evoluções e prescrições de rotina devem ser feitas pelo médico

assistente pelo menos uma vez ao dia.

§ 1º. Nos estabelecimentos geriátricos, psiquiátricos e de cuidados paliativos, quando se tratar de pacientes agudos ou em observação clínica, as evoluções e prescrições devem ser também diárias.

§ 2º. Nesses mesmos estabelecimentos, tratando-se de pacientes estabilizados, devem ser de, no mínimo, três vezes por semana.

Art. 47. A folha de prescrição deve ter três colunas: a da esquerda conterá data e hora da prescrição; a do meio, o que foi prescrito; e a da direita será reservada à enfermagem, para registro e checagem da hora do procedimento.

Art. 48. A folha de evolução deve ter duas colunas: a da esquerda conterá a data e hora da evolução; a da direita, a evolução do médico assistente, a intervenção de médicos consultores chamados a apoiar a assistência, de médico plantonista nas intercorrências e de médico residente e internistas nas intervenções supervisionadas.

§ 1º. A folha de assentamentos de enfermagem também terá duas colunas: a da esquerda, para data e hora; a da direita, para o registro evolutivo de enfermagem e prescrições dos cuidados de enfermagem.

§ 2º. A folha de assentamentos da equipe multidisciplinar deve seguir o mesmo modelo da folha de assentamentos da enfermagem.

§ 3º. As folhas de evolução médica, de assentamentos de enfermagem e de assentamentos da equipe multidisciplinar devem ser de cores diferentes.

§ 4º. A papelaria ou prontuário eletrônico utilizado, quer se trate de estabelecimento público, quer privado, deve obedecer ao disposto na Resolução nº 1.974/11, que disciplina a propaganda e a publicidade médicas.

CAPÍTULO XI

DA ANAMNESE

Art. 49. A anamnese é instrumento exclusivo de avaliação propedêutica médica.

Art. 50. A realização da anamnese é obrigatória em qualquer ambiente médico, inclusive em atendimento ambulatorial e nos consultórios.

Art. 51. Para obedecer ao disposto no art. 87 do Código de Ética Médica e seus parágrafos, o registro da anamnese deve, no mínimo, conter os seguintes dados:

a) Identificação do paciente: nome, idade, data de nascimento, filiação, estado civil, raça, sexo, religião, profissão, naturalidade, procedência, endereço e telefone;

b) Queixa principal: descrição sucinta da razão da consulta;

c) História da doença atual: relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;

d) História familiar: doenças pregressas na família, estado de saúde dos pais, se falecidos, a idade e a causa, principal ocupação dos pais, quantos filhos na prole, forma de relacionamento familiar, nas avaliações psiquiátricas registrar a existência de doença mental na família;

e) História pessoal: informações sobre gestação, doenças intercorrentes da mãe durante a gestação, doenças fetais, parto eutócico ou distócico, condições de nascimento, evolução psicomotora com informações sobre idade em que falou e deambulou; doenças intercorrentes na infância, ciclo vacinal, aprendizado na escola, sociabilidade em casa, na escola e na comunidade; trabalho, adoecimento no trabalho, relações interpessoais na família, no trabalho e na comunidade; puberdade, vida sexual e reprodutiva, menopausa e andropausa; se professa alguma religião e qual; doenças preexistentes relacionadas ou não ao atual adoecimento; situação atual de vida;

f) Exame físico: pele e anexos, sistema olfatório e gustativo, visual, auditivo, sensitivo-sensorial, cardiocirculatório e linfático, osteomuscular e articular, gênito-urinário e neurológico com avaliação da capacidade mental;

g) Exame do estado mental (para a psiquiatria e neurologia): senso-percepção, representação, conceito, juízo e raciocínio, atenção, consciência, memória, afetividade, volição e linguagem;

h) Hipóteses diagnósticas: possíveis doenças que orientarão o diagnóstico diferencial e a requisição de exames complementares;

i) Exames complementares: exames solicitados e registro dos resultados (ou cópia dos próprios exames);

- j) Diagnóstico: de acordo com o CID da Organização Mundial da Saúde em vigor;
- k) Conduta: terapêutica instituída e encaminhamento a outros profissionais;
- l) Prognóstico: quando necessário por razões clínicas ou legais;
- m) Sequelas: encaminhamento para outros profissionais ou prescrições específicas como órteses e próteses;
- n) Causa da morte: em caso de falecimento.

Parágrafo único. Nos atendimentos em ambulatórios ou consultórios de especialidades o registro da anamnese poderá restringir-se aos itens imprescindíveis, no caso, à boa prática diagnóstica e conduta terapêutica.

CAPÍTULO XII

DAS PERÍCIAS MÉDICAS E MÉDICO-LEGAIS

Art. 52. Os médicos peritos estão submetidos aos princípios éticos da imparcialidade, do respeito à pessoa, da veracidade, da objetividade e da qualificação profissional.

Parágrafo único. O ato pericial em Medicina é privativo de médico, nos termos da Lei nº 12.842/13.

Art. 53. Os médicos assistentes técnicos estão submetidos aos mesmos princípios, com ênfase ao da veracidade. Como são profissionais a serviço de uma das partes, não são imparciais.

Art. 54. Peritos e médicos assistentes técnicos devem se tratar com respeito e consideração, cabendo ao perito informar aos assistentes técnicos, previamente, todos os passos de sua investigação e franquear-lhes o acesso a todas as etapas do procedimento.

Art. 55. É fundamental, nos procedimentos periciais, a observância do princípio do visum et repertum (ver e registrar), de forma que o laudo pericial possa ser objeto de análise futura sempre que necessário.

Art. 56. Os relatórios periciais (laudos) poderão variar em função da natureza e das peculiaridades da perícia (cível, criminal, administrativa, trabalhista ou

previdenciária; transversal, retrospectiva ou prospectiva; direta ou indireta); entretanto, sempre que possível, deverá ser observado o roteiro abaixo indicado.

Art. 57. Os pareceres dos assistentes técnicos terão forma livre, podendo seguir o mesmo modelo adotado pelo perito ou limitarse a enfatizar ou refutar pontos específicos de seu relatório.

Art. 58. Fica definido como ROTEIRO BÁSICO DO RELATÓRIO PERICIAL o que segue abaixo:

- a) **Preâmbulo.** Autoapresentação do perito, na qual informa sobre sua qualificação profissional na matéria em discussão;
- b) **Individualização da perícia.** Detalhes objetivos sobre o processo e as partes envolvidas;
- c) **Circunstâncias do exame pericial.** Descrição objetiva dos procedimentos realizados (entrevistados, número de entrevistas, tempo dispendido, documentos examinados, exames complementares etc.);
- d) **Identificação do examinando.** Nome e qualificação completa da pessoa que foi alvo dos procedimentos periciais;
- e) **História da doença atual.** Relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, conseqüências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;
- f) **História pessoal.** Síntese da história de vida do examinando, com ênfase na sua relação com o objeto da perícia, se houver;
- g) **História psiquiátrica prévia (em perícias psiquiátricas).** Relato dos contatos psiquiátricos prévios; em especial, tratamentos e hospitalizações;
- h) **História médica.** Relato das doenças clínicas e cirúrgicas atuais e prévias, incluindo tratamentos e hospitalizações;
- i) **História familiar.** Registro das doenças prevalentes nos familiares próximos;
- j) **Exame físico.** Descrição da condição clínica geral do examinando;
- k) **Exame do estado mental (em perícias psiquiátricas e neurológicas).** Descrição das funções psíquicas do examinando;

- l) Exames e avaliações complementares. Descrição de achados laboratoriais e de resultados de exames e testes aplicados;
- m) Diagnóstico positivo. Segundo a nosografia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, oficialmente adotada pelo Brasil;
- n) Comentários médico-legais. Esclarecimento sobre a relação entre a conclusão médica e as normas legais que disciplinam o assunto em debate;
- o) Conclusão. Frase curta e direta que sintetiza todo o pensamento do perito;
- p) Resposta aos quesitos. Respostas claras, concisas e objetivas.

Parágrafo único. Nas perícias de responsabilidade penal devem constar também do relatório pericial os seguintes itens, nas posições 6 e 7:

- a) Elementos colhidos nos autos do processo. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato da vítima, testemunhas ou de outras peças processuais;
- b) História do crime segundo o examinando. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato do examinando ao perito.

Art. 59. Excetua-se dessa exigência os exames efetuados nos institutos médico-legais, de medicina do tráfego, aeroespacial, do trabalho, do esporte e previdenciária, por terem modelos próprios e oficiais relacionados no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 60. Os consultórios, ambulatorios, institutos previdenciários e médico-legais devem estar dotados das condições mínimas definidas no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, para que os exames periciais sejam realizados com a segurança necessária ao seu objetivo.

Art. 61. Os serviços públicos que praticam a medicina pericial estão obrigados a fornecer aos médicos peritos acesso aos exames complementares necessários à elucidação diagnóstica e prognóstica, com o objetivo de garantir conclusões baseadas na ciência médica.

Parágrafo único. É vedado aos médicos peritos desempenhar suas funções sem a garantia de meios de apoio diagnóstico que entender necessários.

Art. 62. É dever dos médicos peritos proceder de acordo com o preconizado nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

CAPÍTULO XIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 63. Caberá aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização da implantação das presentes normas.

Art. 64. Os serviços médicos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza terão assegurados o seu funcionamento se, na data da entrada em vigor desta resolução, suas instalações físicas estiverem de acordo com as normas de segurança elétrica, hidráulica, de prevenção de pânico e de incêndio e de acessibilidade, determinadas pela Anvisa e Corpo de Bombeiros.

Art. 65. Os serviços médicos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza têm o prazo de seis meses, contados a partir da vigência desta resolução, para ajustarem-se às suas exigências quanto as condições para o exercício do ato médico.

Art. 66. Os consultórios privados de pessoas físicas estão sujeitos aos efeitos da regra estabelecida no art. 63 e sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina é obrigatória.

Parágrafo único. Quando o médico mudar de endereço ou abrir novo consultório, deverá informar este fato ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de não poder exercer a Medicina no novo local de trabalho.

Art. 67. A partir da publicação desta resolução os novos serviços médicos, quer de pessoa física, quer de pessoa jurídica, para obterem seu primeiro alvará de funcionamento devem apresentar planta baixa registrada no Crea/Vigilância Sanitária.

§ 1º. Serviços médicos de pessoa jurídica devem apresentar cópia do Contrato Social registrado em cartório ou na Junta Comercial.

§ 2º. Quando se tratar de serviço médico público será dispensado o Contrato Social, porém, será exigido o Memorial Descritivo da obra junto com a planta baixa, para a liberação do alvará de funcionamento do estabelecimento.

§ 3º. No caso de consultórios privados destinados exclusivamente à prática da clínica em qualquer de suas especialidades, para a obtenção da inscrição bastará ao médico, de próprio punho, informar o fim a que se destina.

Art. 68. Todos os serviços médicos, inclusive consultórios privados, deverão afixar,

em local visível, o Certificado de Regularidade de Inscrição, renovado anualmente.

Parágrafo único. Os consultórios privados de pessoas físicas não pagarão taxas, emolumentos ou anuidades para obterem e renovarem seu cadastro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 69. Para o fiel cumprimento do disposto neste Anexo 1, adota-se o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, constante do Anexo 2.

O MANUAL e seus ANEXOS encontram-se disponíveis para consulta no site www.portalmedico.org.br

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

Resolução CFM nº 2.056/2013

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 20/09/2013.

Publicada no DOU de 12/11/2013, Seção I, p.162-165.

**CRITÉRIOS MÍNIMOS DE SEGURANÇA PARA
OS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES
DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

MINIMUM SAFETY STANDARDS FOR HOSPITALS PSYCHIATRIC CARE

* CFM

Palavras-chave – *Psiquiatria, hospitais, assistência psiquiátrica, consolidação de normas, anamnese, roteiro pericial.*

Keywords – *Psychiatric, hospitals, psychiatric care, consolidation rules, anamnesis, expertise standards.*

RESUMO

Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e a Lei 12.842/13, de 10 de julho de 2013, e

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO a necessidade de serem criadas normas brasileiras que estejam em consonância com a Constituição Federal, com o disposto no Decreto-lei nº 20.931/32, artigos 15 e 16 e respectivos incisos, alíneas e parágrafos, artigos 24 a 29 e parágrafos, com a Lei nº 3.999/61, artigo 15, com a Lei nº 10.216/01, com o Código de Ética Médica e com base na Resolução CFM nº 1.952/10, que adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil;

CONSIDERANDO que deve ser proporcionada assistência psiquiátrica efetiva, que garanta aos pacientes o atendimento de suas necessidades de saúde em qualquer ambiente (hospitalar, ambulatorial, em consultório isolado ou em ambientes comunitários), de acordo com as necessidades de cada indivíduo;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar as terapêuticas psiquiátricas disponíveis, bem como o tratamento involuntário e compulsório quando necessário;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 20 de setembro de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as normas, os roteiros de vistoria, os princípios universais de proteção ao ser humano, a defesa do ato médico privativo de psiquiatras e os critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria, anexos a esta resolução.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga as Resoluções CFM nºs 1.598/00, publicada no D.O.U. de 18 de agosto de 2000, Seção I, p. 63, e 1.640/02, publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p. 185.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

ANEXO I

SOBRE AS NORMAS

CAPÍTULO I

DOS DEVERES DOS MÉDICOS

Art. 1º Os médicos que integram o Corpo Clínico de uma instituição devem colaborar para que se façam presentes as condições mínimas para a segurança do ato médico, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, lançado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1º É dever dos médicos defender o direito de cada paciente de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados à sua situação clínica ou cirúrgica.

§ 2º Na ausência das condições descritas nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, deve(m) o(s) médico(s) oficiar ao diretor técnico médico solicitando a correção das deficiências, com cópia à comissão de ética médica da instituição, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina.

§ 3º Na ausência de resposta do diretor técnico médico no prazo de sete dias úteis, deve(m) o(s) médico(s) informar a omissão à comissão de ética médica, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina.

§ 4º Recebida a informação mencionada no § 3º deste artigo, o Conselho Regional de Medicina terá o prazo de sete dias úteis para realizar a fiscalização com vistas a averiguar as condições denunciadas e decretar providências.

§ 5º Havendo inércia dos dirigentes da instituição em sanar as irregularidades apontadas no relatório conclusivo da Fiscalização, o Conselho Regional de Medicina poderá determinar a suspensão parcial ou total das atividades médicas no local.

§ 6º Nas instituições onde for obrigatória a existência da Diretoria Clínica, este diretor, representante do Corpo Clínico, será encarregado de apresentar as reclamações perante a instância técnica e administrativa do estabelecimento médico, bem como ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO II

DO DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico médico de serviços que prestem assistência psiquiátrica garantir que todos sejam tratados com respeito e dignidade.

§ 1º É também seu dever garantir as condições mínimas para a segurança dos atos privativos dos médicos, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

a. São serviços de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos, as comunidades terapêuticas de natureza médica, ambulatórios especializados, inclusive os Caps, e consultórios isolados ou institucionais;

b. A garantia a que se refere o caput diz respeito a todas as pessoas sob seu comando, incluindo médicos e componentes das equipes assistenciais e de apoio, bem como aos pacientes assistidos sob regime de internação ou não.

§ 2º Com o objetivo de tornar oficial seu empenho em resolver precariedades do serviço, obriga-se ao diretor técnico médico:

a. Noticiar ao Conselho Regional de Medicina, com cópia para os administradores da instituição, sempre que faltarem as condições necessárias para a boa prática médica. A partir deste fato, o Conselho Regional de Medicina obriga-se a fazer a vistoria das condições denunciadas em até três dias úteis;

b. Com base na confirmação da existência da inconformidade, determinar a suspensão total ou parcial do serviço até que as condições mínimas previstas no manual sejam restabelecidas, oficiando ao Conselho Regional de Medicina para que realize inspeção e constate o término do problema detectado;

c. O ato de interdição deve contar com a participação do Corpo Clínico, em razão da integração e responsabilidade compartilhada pela assistência e segurança dos pacientes;

d. Comprovar, sempre que instado pelo Conselho Regional, que em memorandos ou outros expedientes formais, antecedendo ao ato da notificação, exigira providência de instâncias superiores para a solução dos problemas.

Art. 3º Os diretores técnicos médicos de estabelecimentos ou serviços de assistência psiquiátrica são responsáveis pela integração da equipe multiprofissional

envolvida na assistência aos doentes psiquiátricos.

Parágrafo único. A participação em uma equipe multiprofissional não justifica a delegação de atos médicos privativos a outros profissionais, nem o isenta de responsabilidade quando de atos compartilhados.

CAPÍTULO III

DO DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA

Art. 4º O diagnóstico de doença mental deve ser feito por médico, de acordo com os padrões aceitos internacionalmente, sem considerar status econômico, político ou social, orientação sexual, pertinência a grupo cultural, racial ou religioso, ou por qualquer razão não relacionada ao estado de saúde mental da pessoa.

Art. 5º Os médicos que atuam em estabelecimentos ou serviços de assistência psiquiátrica são responsáveis pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência.

§ 1º É da competência exclusiva de médico a realização de diagnósticos nosológicos, indicação de conduta terapêutica e admissões, licenças e altas dos pacientes sob sua responsabilidade.

§ 2º Havendo indicação clínica de autorizar a saída temporária de paciente de estabelecimento de saúde para observação evolutiva e da adaptação em família, esta deve ser fornecida exclusivamente por médico.

§ 3º O médico integrante de equipe de saúde deverá colaborar com, e aceitar a colaboração de, outros profissionais para a definição e execução de estratégias assistenciais.

Art. 6º É dever do médico respeitar e garantir o direito ao sigilo profissional de todas as pessoas com doença mental sob a sua responsabilidade profissional, exceto nas situações previstas em lei ou no Código de Ética Médica.

Art. 7º O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, sujeitando-se, entretanto, aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente.

CAPÍTULO IV

DA RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS INVESTIDOS EM FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS DE QUAISQUER NATUREZAS

Art. 8º Os médicos investidos em funções ou cargos administrativos, públicos ou privados, que interfiram direta ou indiretamente no planejamento, na assistência ou na fiscalização do ato médico, quando devidamente cientificados, serão considerados responsáveis quando a prática da Medicina se fizer em desacordo a estas normas e ao Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, em serviços situados em área subordinada a sua autoridade.

Parágrafo único. Esta responsabilização alcança a inércia em permitir a persistência de condições degradantes à assistência aos pacientes, à realização de pesquisas em pacientes sem autorização de comitê de ética em pesquisa e a utilização de procedimentos considerados não válidos pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO V

DOS ESTABELECIMENTOS MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS

Art. 9º São considerados serviços de assistência psiquiátrica todos aqueles que se destinem a realizar procedimentos diagnósticos psiquiátricos, ou a assistir doentes psiquiátricos, e que requeiram o trabalho de médicos para desempenhar sua atividade-fim, elencados na letra "a" do parágrafo 1º do art. 2º deste dispositivo.

§ 1º Estes serviços só poderão funcionar mediante prévia inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Art. 10. Os serviços que realizem assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) devem oferecer as seguintes condições gerais:

I. Instalações para atividades educativas, recreativas e de lazer.

II. Instalações para o engajamento do paciente em ocupação adequada a sua tradição cultural e para medidas de reabilitação profissional que favoreçam sua reintegração na comunidade.

III. Espaço físico suficiente para oferecer a cada paciente um programa terapêutico pertinente e ativo.

IV. Infraestrutura de hotelaria quando a permanência exigir leitos de retaguarda para repouso ou pernoite, bem como cozinha, lavanderia, almoxarifado com depósitos para mantimentos e material de higiene e limpeza de acordo com as normas sanitárias brasileiras.

§ 1º O trabalho pode fazer parte das estratégias terapêuticas indicadas. Neste caso, a escolha da atividade laboral deve ser discutida com o paciente, para que seja a mais compatível possível com suas necessidades e habilidades e às condições da instituição.

§ 2º O trabalho dos pacientes não pode substituir o dos funcionários da instituição. Caso isto ocorra, este fará jus à remuneração equivalente ao que o estabelecimento pagaria a funcionário regular.

Art. 11. Um estabelecimento que realize assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) deve oferecer as seguintes condições específicas para o exercício da Medicina:

I. Equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas da instituição.

II. Pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais obrigações assistenciais.

III. Equipamento diagnóstico e terapêutico.

IV. Assistência médica permanente (durante todo o período em que estiver aberto à assistência); e

V. Tratamento regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

§ 1º Os serviços psiquiátricos devem garantir o acesso dos pacientes a recursos diagnósticos e terapêuticos da clínica médica que se fizerem necessários no curso do tratamento psiquiátrico.

§ 2º Tratando-se de serviço destinado a cuidados médicos intensivos ou semi-intensivos, incluindo internações breves para desintoxicação, deve preencher os requisitos hospitalares gerais no que se refere a recursos humanos (equipe profissional) e a infraestrutura de suporte à vida, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

§ 3º As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das

mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal de acordo com a Lei nº 10.216/01 e as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 12. Nos casos de centros de convivência, lares protegidos, estabelecimentos de compartilhamento comunitário e comunidades terapêuticas não médicas ou similares, sua organização deve obedecer apenas ao previsto no art. 10, não se caracterizando como serviço psiquiátrico.

Art. 13. Não será permitido o registro, nos Conselhos Regionais de Medicina, de estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica que não atenda a estas normas e ao Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Parágrafo único. Fica vedado ao médico assumir responsabilidade por pacientes mantidos nesses estabelecimentos, salvo se os estiver acompanhando ambulatorialmente ou em consultório público ou privado.

CAPÍTULO VI

DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Art. 14. Nenhum tratamento será administrado à pessoa com doença mental sem consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a terceiro.

Parágrafo único. Na impossibilidade de se obter o consentimento esclarecido do paciente, ressalvada a condição prevista na parte final do caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

Art. 15. As modalidades de atenção psiquiátrica extra-hospitalar devem ser prioritárias e, na hipótese da necessidade de internação, esta se dará pelo tempo necessário à recuperação do paciente.

Art. 16. Médicos assistentes e plantonistas, bem como aqueles envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes mentais, devem contribuir para assegurar a cada paciente o direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.

§ 1º O tratamento e os cuidados a cada paciente devem basear-se em plano prescrito individualmente, discutido com o interessado e/ou seu responsável, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional qualificado.

§ 2º Qualquer tratamento administrado a paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário, inclusive os casos de contenção física.

§ 3º É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência psiquiátrica, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro.

§ 4º O paciente que estiver contido deve permanecer sob cuidado e supervisão imediata e regular de membro da equipe, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito.

§ 5º Quando da contenção física, o representante legal ou a família do paciente devem ser informados tão logo possível.

CAPÍTULO VII

DO TRATAMENTO MÉDICO GERAL

Art. 17. Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica em geral, público ou privado, poderá recusar atendimento médico sob a alegação de que o paciente seja portador de doença mental.

Art. 18. Os procedimentos médicos gerais, clínicos ou cirúrgicos, quando necessários à saúde de paciente com doença mental, devem obedecer aos mesmos critérios adotados pela medicina em geral para os agravos à saúde de pacientes não psiquiátricos.

CAPÍTULO VIII

DA NEUROPSICOCIRURGIA

Art. 19. A neuropsicocirurgia e quaisquer tratamentos invasivos e irreversíveis para doenças mentais não devem ser realizados em pacientes que estejam involuntária ou compulsoriamente internados em estabelecimento de assistência psiquiátrica,

exceto com prévia autorização judicial, obedecendo ao prerequisite de fundamentação mediante laudo médico.

§ 1º Nos demais casos, segundo os ditames da Lei nº 10.216/01 e do Código de Ética Médica, deverão ser precedidos de consentimento esclarecido do paciente ou de seu responsável legal e aprovação pela Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina, homologada por seu plenário.

§ 2º A Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina contará em sua composição, obrigatoriamente, com a presença de conselheiro.

§ 3º Cabe à Câmara Técnica de Psiquiatria elaborar o parecer conclusivo que deverá ser apreciado pelo plenário do Conselho Regional de Medicina, para só então ser autorizado o procedimento.

§ 4º Caso necessário, a Câmara Técnica de Psiquiatria poderá requisitar o concurso de profissionais de áreas afins à Medicina, para avaliações complementares.

Art. 20. A indicação de neuropsicocirurgia deverá ser feita pelo médico assistente e respaldada por meio de laudo, por um psiquiatra e um neurocirurgião pertencentes a serviços diversos daquele do médico que a prescreveu.

§ 1º Este laudo deve ser original, destacando em sua conclusão o diagnóstico da doença, bem como duração e refratariedade a toda a medicação disponível indicada àquele caso e a todos os tratamentos coadjuvantes aplicados sem resposta.

§ 2º Neste documento, deverá constar a indicação do melhor método cirúrgico a ser adotado, emitido pelo neurocirurgião.

§ 3º Os casos omissos ou com potenciais conflitos devem ser encaminhados ao Conselho Federal de Medicina, para avaliação e deliberação em parecer conclusivo e conjunto das câmaras técnicas de Psiquiatria e Neurocirurgia.

§ 4º A indicação de neuropsicocirurgia deverá observar os seguintes critérios:

a) Diagnóstico psiquiátrico realizado observando-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua versão atualizada (CID-10);

b) Doença mental com duração mínima de 5 anos, a não ser em casos excepcionais, referendada por junta médica formada por um psiquiatra e um neurocirurgião, designados pelo presidente do Conselho Regional de Medicina para produzir

contraprovas, obedecendo ao rito previsto no art. 19 e parágrafos;

c) Refratariedade da doença ou transtorno aos tratamentos psiquiátricos, adequado àquela condição clínica.

§ 5º A câmara técnica, ao se manifestar, deverá estar convencida de que o tratamento proposto é o que melhor atende às necessidades de saúde do paciente.

§ 6º Todo este procedimento será registrado em prontuário, permanecendo, com os devidos resguardos ao sigilo, à disposição das autoridades constituídas.

CAPÍTULO IX

DA ELETROCONVULSOTERAPIA

Art. 21. A eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser realizada em ambiente com infraestrutura adequada de suporte à vida e a procedimentos anestésicos e de recuperação, conforme o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 22. A ECT é um ato médico; portanto, sua indicação, realização e acompanhamento são de responsabilidade dos médicos que dela participarem.

Art. 23. A ECT tem indicações precisas e específicas na literatura médica, não se tratando de terapêutica de exceção.

Parágrafo único. O uso da ECT em crianças (idade inferior a 16 anos) somente deve ser feito em condições excepcionais.

Art. 24. A avaliação do estado clínico geral do paciente antes da ECT é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias e neurológicas.

Parágrafo único. Obriga-se o médico a observar as contraindicações formais para a aplicação da técnica.

Art. 25. A ECT só pode ser realizada com anestesia.

Art. 26. Os aparelhos de ECT devem ser máquinas modernas, registradas e certificadas pela Anvisa.

Parágrafo único. O ambiente seguro para a administração deste procedimento está descrito no manual constante em anexo.

CAPÍTULO X

DA ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA

Art. 27. A estimulação magnética transcraniana é método terapêutico válido para depressões, alucinações auditivas e neuronavegação, podendo ser aplicada em consultórios isolados, ambulatoriais e hospitalares, devendo, para tanto, obedecer ao disposto na Resolução CFM nº 1.986/12, transcrita no manual anexo.

CAPÍTULO XI

DOS ENSAIOS CLÍNICOS

Art. 28. Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais não poderão ser realizados em qualquer paciente com doença mental sem o seu consentimento esclarecido, de acordo com o Código de Ética Médica e resoluções do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com sujeitos humanos.

CAPÍTULO XII

DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Art. 29. A internação de paciente em estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica deve ocorrer mediante nota de internação circunstanciada que exponha sua motivação, podendo ser classificada, nos termos da Lei nº 10.216/01, como voluntária, involuntária e compulsória.

§ 1º Internação voluntária é a que se dá com o consentimento expresso e por escrito de paciente em condições psíquicas de manifestação válida de vontade.

§ 2º Internação involuntária é a que se dá contrariamente à vontade do paciente, sem o seu consentimento expresso ou com consentimento inválido. Para que ocorra, faz-se necessária a concordância de representante legal, exceto nas situações de emergência médica.

§ 3º Internação compulsória é a determinada por magistrado.

Art. 30. Todo paciente admitido voluntariamente tem o direito de solicitar sua alta

ao médico assistente a qualquer momento.

Parágrafo único. Se houver contraindicação clínica para a alta e presentes os requisitos que autorizam a internação involuntária, o médico assistente deve converter a internação voluntária em involuntária nos termos da Lei nº 10.216/01.

Art. 31. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

- I - Incapacidade grave de autocuidados.
- II - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.
- III - Risco de autoagressão ou de heteroagressão.
- IV - Risco de prejuízo moral ou patrimonial.
- V - Risco de agressão à ordem pública.

§ 1º O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química.

§ 2º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo diretor técnico médico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo tal procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Art. 32. Se o estabelecimento de assistência psiquiátrica ao qual for destinado o mandado de internação compulsória estiver lotado, ou não possuir condições técnicas para o atendimento adequado do paciente encaminhado, este fato configura impossibilidade ética de cumprimento da ordem judicial.

Parágrafo único. O diretor técnico médico do estabelecimento demandado deve encaminhar determinação ao gestor municipal de saúde, para que providencie vaga na rede disponível na localidade, comunicando tal fato à autoridade judicial.

Art. 33. Nas internações compulsórias, quem determina a natureza e tipo de tratamento a ser ministrado ao paciente é o médico assistente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que aquele se encontra em condições para tal.

CAPÍTULO XIII

DOS ATOS PERICIAIS EM PSIQUIATRIA

Art. 34. Os atos periciais em psiquiatria devem obedecer a roteiro insculpido no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, anexo.

Art. 35. O ato médico pericial, além de elucidar o diagnóstico, destina-se a esclarecer à autoridade que o solicitou, dentre outros pontos, sobre: capacidade civil, capacidade laboral, invalidez, imputabilidade penal ou prognóstico de risco de violência.

Parágrafo único - Para o pleno entendimento da responsabilidade do ato médico pericial, conforme disposto na Lei nº 12.842/13, aplica-se o disposto nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 36. É dever do perito psiquiatra, bem como o de qualquer outra especialidade médica, proceder de acordo com o preconizado nesta resolução e no manual anexo.

CAPÍTULO XIV

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37. Caberá aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização da implantação das presentes normas.

Art. 38. Os serviços médicos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza terão assegurados o seu funcionamento se, na data da entrada em vigor da Resolução CFM nº 2.056/13, suas instalações físicas estiverem de acordo com as normas de segurança elétrica, hidráulica, de prevenção de pânico e de incêndio e de acessibilidade, determinadas pela Anvisa e Corpo de Bombeiros.

Art. 39. Os serviços médicos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza têm o prazo de seis meses, contados a partir da vigência da Resolução CFM nº 2.056/13, para se ajustarem às suas exigências.

Art. 40. Os consultórios privados de pessoas físicas estão também sujeitos às regras do art. 38 e sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina é obrigatória.

Parágrafo único. Quando o médico mudar de endereço ou abrir novo consultório,

deverá informar esta mudança ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de não poder exercer a Medicina no novo local de trabalho.

Art. 41. A partir da publicação da Resolução CFM nº 2.056/13, os novos serviços médicos, quer de pessoa física, quer de pessoa jurídica, para obterem seu primeiro alvará de funcionamento devem apresentar planta baixa registrada no Crea/Vigilância Sanitária.

§ 1º Serviços médicos de pessoa jurídica devem apresentar cópia do Contrato Social registrado em cartório ou na Junta Comercial.

§ 2º Quando se tratar de serviço médico público, será dispensada a exigência do Contrato Social, porém, será exigido o Memorial Descritivo da obra, junto com a planta baixa, para a liberação do alvará de funcionamento do estabelecimento.

§ 3º No caso de consultórios privados destinados exclusivamente à prática da clínica em qualquer de suas especialidades, para a obtenção da inscrição bastará ao médico, de próprio punho, informar o fim a que se destina.

Art. 42. Todos os serviços médicos, inclusive consultórios privados, deverão afixar, em local visível, o Certificado de Regularidade de Inscrição renovado anualmente.

Parágrafo único. Os consultórios privados de pessoas físicas não pagarão taxas, emolumentos ou anuidades para obterem e renovarem seu cadastro no Conselho Regional de Medicina.

ANEXO II

DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.057/13

SOBRE O MANUAL PARA SERVIÇOS MÉDICO-

ASSISTENCIAIS EM PSIQUIATRIA

Este manual obedece a critérios estabelecidos em resoluções normativas para a assistência médica, de modo que todos os médicos tenham a noção exata do que fazer e como devem proceder para que sua intervenção seja segura, quer nos aspectos investigativos, diagnósticos, terapêuticos, reabilitadores ou prognósticos.

Ao definir com clareza este *modus operandi*, o Conselho Federal de Medicina considera que sem estas condições mínimas o ato médico não é seguro, e quando não é seguro para si, também não o é para a sociedade que espera proficiência, acurácia e determinação no tratamento de seus cidadãos.

A ideia de que o médico pode trabalhar em qualquer ambiente porque seu saber permite identificar doenças e possíveis formas de intervenção em locais desprovidos de condições técnicas para a propedêutica, até certo ponto está correta. Acontece que, de tão banalizado este conceito, médicos e administradores públicos e privados negligenciaram na cobrança dessas condições mínimas aprendidas desde o primeiro ano de medicina enquanto estudavam as cadeiras do ciclo básico. Ao aprofundar os estudos na cadeira de Semiologia, este ambiente se descortina definitivamente. É nesse estágio de formação que o futuro médico aprende as bases propedêuticas para as avaliações clínicas e fundamentação diagnóstica, bem como o que de apoio em exames complementares requisitar, que terapêutica instituir (clínica, cirúrgica ou reabilitadora) e que prognóstico fazer para as atestações e outros atos decorrentes deste, como: definição de capacidade, responsabilidade e sua extensão para o labor, convívio e vida cotidiana. Acontece que todo um instrumental deve estar à disposição do médico; contudo, nos últimos anos, este vem escasseando para dar lugar à requisição de exames complementares sem a avaliação diagnóstica correta.

Com base nessa constatação, o CFM resolveu disciplinar esta matéria de modo a que não restem dúvidas. Estas são, pois, as condições mínimas para que um médico realize a investigação semiológica utilizando os recursos corretos à propedêutica para fazer o diagnóstico, instituir terapêutica, definir prognóstico e tratar da terapêutica em reabilitação, além das atestações de saúde, doença e morte.

Em psiquiatria, mais do que em qualquer outra especialidade, o conhecimento do ser humano deve ser holístico, tanto que a anamnese, base e modelo para as investigações periciais, recebe tratamento especial neste instrumento normativo.

As normas deste manual são obrigatórias e devem ser observadas pelos médicos, diretores técnicos médicos, diretores clínicos e autoridades administrativas, públicas e privadas. Na ausência de qualquer dos itens relacionados neste documento como essenciais, o médico estará impedido de exercer a profissão, quer em seu consultório, quer nos ambientes onde a ação seja coletiva ou compartilhada, como ambulatórios, hospitais e assemelhados. Isto é: em todo ambiente onde a atividade-fim seja a assistência médica, essas regras devem ser obedecidas.

Para os aspectos gerais de segurança sanitária, adotamos a RDC 50, ou regras que a sucedam, bem como outras que tratem da segurança das edificações, garantia de acessibilidade e segurança sanitária para prevenir complicações como infecções

e intoxicações por causas alheias às da intervenção médica em si, garantindo à população a certeza de boas práticas que a assistência médica requer.

Para a organicidade dos ambientes, nas áreas comuns, não especificamente médicas, o Manual SOMA-SUS, do Ministério da Saúde, foi o roteiro adotado pelo grupo que construiu este documento.

Para os atos privativos dos médicos há todo um reescrito com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria, por meio da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Federal de Medicina.

Neste manual fica também definida a forma como os médicos, os diretores clínicos, os diretores técnicos médicos e o próprio Conselho Regional de Medicina devem agir ante a constatação de que as regras de segurança estabelecidas não estejam garantidas. Temos duas fontes jurídicas distintas, sendo uma de caráter institucional, dos Conselhos de Medicina, cujo papel de guardiães da ética médica e condições técnicas para o exercício da medicina os obrigam a definir o que deve fiscalizar e como fazê-lo, além do modo de tratar os serviços que não se ajustem aos padrões de segurança previamente definidos. A outra fonte é a legislação em geral, quando trouxer critérios para a segurança assistencial. Tais fundamentos são requeridos por força da lei brasileira, como assentado abaixo:

Lei nº 3.268/57

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: (Modificado pela Lei nº 11.000/04)

- d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;
- f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;
- g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las.

Art. 15 São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos;
- h) promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;
- i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam concedidos;
- k) representar ao Conselho Federal de Medicina sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Lei nº 10.216/01

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Avançando na definição de como deve ser a prática médica segura, o Código de Ética Médica explicita que médicos do Corpo Clínico de um serviço médico, ou seu diretor técnico, são responsáveis em garantir as boas condições para uma prática segura da medicina:

Princípios Fundamentais (Capítulo I)

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Direitos dos Médicos (Capítulo II)

É direito do médico:

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Responsabilidade Profissional (Capítulo III)

É vedado ao médico:

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Relação entre Médicos (Capítulo VII)

É vedado ao médico:

Art. 57. Deixar 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.

A resolução abrange também as terapêuticas medicamentosas ou não e os ambientes onde devem ser aplicadas com segurança.

Define o papel dos médicos nas ações compartilhadas, obrigando ao diretor técnico médico ser o articulador dessa relação, garantindo o respeito necessário às competências específicas de cada profissão.

Define, para efeitos didáticos, a hierarquia entre os estabelecimentos assistenciais em medicina, estabelecendo suas estruturas de segurança, não esquecendo que algumas instituições não necessitam de médicos para prestar seus serviços assistenciais.

Define que ambientes são estes, elucidando para a sociedade a noção precisa do que seja uma instituição com características médicas. Enfatiza, ainda, que quando a atividade-fim requerer médico, a presença deste será exigida durante todo o período de funcionamento do serviço médico, bem como a inscrição destes estabelecimentos nos Conselhos Regionais de Medicina. A defesa da segurança para o exercício da medicina impõe uma reflexão apurada nestes tempos de desestruturação da assistência médica.

A organização dos estabelecimentos onde se exerce a medicina, onde se diagnosticam e tratam doenças, onde se procede a intervenções cruentas e incruentas, onde se executam técnicas de reabilitação e, prognosticamente, delineiam-se consequências futuras para a vida dos doentes, necessita de um controle rigoroso sobre a atividade médica neles desenvolvida.

Por fim, esperamos contribuir, também, para que o ensino da medicina volte a privilegiar os instrumentos mais eficazes para qualquer investigação diagnóstica médica: o escutar, o inspecionar, o sentir os odores, o palpar, o percutir, o auscultar e, mais que qualquer outro equipamento, o manter atitude receptiva, solidária e proativa.

Em decorrência destas afirmações, pode-se estabelecer que as lides definidas neste manual, anexo à resolução, atendem a uma expectativa da sociedade e dos médicos para garantir melhor assistência à população.

Para sua aplicação, deve-se esclarecer que, na estruturação dos itens de segurança, alguns constituem núcleos duros para garantir a segurança do ato médico, sem os quais um estabelecimento não pode funcionar. Somente com o preenchimento desses requisitos é que os Conselhos Regionais de Medicina poderão inscrever e autorizar o funcionamento dos mesmos.

Quando nesses estabelecimentos faltarem estas condições, poderá ser conduzida a suspensão das atividades pelo Corpo Clínico ou determinada pelo diretor técnico médico conforme dispositivos do Código de Ética Médica, sempre com avaliação prévia e autorização pelo Conselho Regional de Medicina.

Em se tratando de atos de ofício ou ex officio do Conselho Regional de Medicina, a nomenclatura é alterada para "Interdição Cautelar", com extensão e tempo definidos, porque esta ação deriva do poder de polícia nos processos de fiscalização e será tratada em instrumento específico para este fim.

Fiscalizar para garantir perfeitas condições de trabalho dos médicos e segurança na assistência à população é dever dos Conselhos de Medicina e procuramos disciplinar tais dispositivos para evitar ações desastradas, com efetivo prejuízo para a população.

A expressão "Suspensão" foi adotada porque é dessa forma que está prevista no Código de Ética Médica, exclusivamente para o Corpo Clínico e a direção técnica médica.

A interdição cautelar é ato de força do ente público responsável pela fiscalização de condições técnicas e éticas para o exercício da Medicina, conforme os artigos 2º e 15 da Lei nº 3.268/57, e só poderão ser utilizadas após esgotadas as medidas preliminares para a resolução dos problemas.

A resolução buscou, também, definir a forma como o prontuário deve ser organizado e as prescrições e evoluções devidamente assentadas no mesmo. Também define a periodicidade das consultas e prescrições para pacientes em regime de internação.

Finalmente, a resolução debruça-se sobre o tema crucial das perícias médicas, em especial o das perícias psiquiátricas, estabelecendo normas mínimas a serem observadas pelos médicos peritos e assistentes técnicos e entregando a este manual a elaboração de roteiro básico a ser observado.

I - DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE ESTABELECIMENTOS PSIQUIÁTRICOS

1 - CONSULTÓRIO

Local onde o médico psiquiatra desenvolve os procedimentos de consulta clínica com anamnese, exame físico do paciente, requisição de exames complementares e faz prescrições terapêuticas.

- a. Podem estar situados em prédios comerciais, condomínios comerciais, edificações privadas, em ambulatórios e hospitais;
- b. Quando mais de um médico com especialidades diferentes ocuparem um mesmo consultório, este deve ser dotado dos requisitos mínimos definidos para o exercício de cada especialidade;
- c. A infraestrutura administrativa de apoio pode ser comum a vários consultórios ou para apenas um consultório, devendo obedecer ao disposto no roteiro definido abaixo.

ACESSIBILIDADE	SIM	NÃO
A unidade possui fluxo de atendimento adequado		
Fluxo/rampas/elevadores/largura das portas permite livre e circulação de deficientes, conforme RDC 50/2002		

AMBIENTES E ESTRUTURA FÍSICA	SIM	NÃO
Sala de espera com bancos ou cadeiras apropriadas		
Área para registro de pacientes (recepção)		
Consultório para atendimento médico		
Sanitários para pacientes		
Banheiros adaptados para deficientes		
Sala ou armário de depósito de material de limpeza - DML		

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS ESTRUTURAIS	SIM	NÃO
2 cadeiras - uma para o paciente e outra para o acompanhante (podem ser poltronas)		
1 cadeira para o médico (pode ser poltrona)		
1 mesa / birô		
1 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável, com lençol (opcional)		
1 escada de 2 ou 3 degraus para acesso dos pacientes à maca (opcional)		
1 local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial		
1 pia ou lavabo		
Toalhas de papel / sabonete líquido para higiene		
Lixeiras com pedal		
Lençóis para as macas (opcional)		

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE USO DIÁRIO	SIM	NÃO
1 esfigmomanômetro		
1 estetoscópio		
1 termômetro		
1 martelo para exame neurológico		
1 lanterna com pilhas		
Abaixadores de língua descartáveis (opcional)		
Luvas descartáveis (opcional)		
1 negatoscópio ou outro meio que possibilite a leitura da imagem		
1 otoscópio (opcional)		
1 balança antropométrica adequada à faixa etária (opcional)		
1 fita métrica plástica, flexível, inelástica (opcional)		
Oftalmoscópio (opcional)		

PRONTUÁRIO
Meio: () Físico () Informatizado
Arquivo médico: () Individual () Compartilhado
Guarda: () Consultório () Área comum () SAM
Segue normas do CFM e CRM de preenchimento, guarda e liberação? () SIM () NÃO

FORMULÁRIOS	SIM	NÃO
Receituário médico comum - Meio: () Físico () Informatizado		
Notificação de receita de controle especial		
Notificação de receita B		
Notificação de receita A		
Formulários de notificação de agravos compulsórios		
Atestados médicos - Meio: () Físico () Informatizado		

HIGIENE	SIM	NÃO
Higiene, iluminação e aeração adequados (RDC 50/2002 - Anvisa)		
Coleta seletiva de lixo (opcional)		
Material de limpeza		

Acrescenta-se ao disposto acima, para o consultório da clínica psiquiátrica, a infraestrutura abaixo quando da execução de procedimentos com ou sem anestesia e com ou sem sedação:

AMBIENTES EXCLUSIVOS PARA A BOBINA DA ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA		
EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA INDISPENSÁVEIS	SIM	NÃO
Coleta seletiva de lixo (opcional)		
Ponto de oxigênio		
Oxímetro do pulso		

Máscara de Venturi		
Cânula nasal, máscara para macronebulização		
Laringoscópio (cabo e pelo menos uma lâmina curva e uma lâmina reta)		
Mandril		
Tubos para intubação orotraqueal de diferentes tamanhos		
Ressuscitador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara		
Escalpes, jectos, seringas e agulhas para administração de medicamentos		
Esparadrapo		
Aspirador portátil		
Equipamentos de proteção individual (luvas, óculos etc.)		

MEDICAÇÕES INDISPENSÁVEIS	SIM	NÃO
Analgésicos		
Diazepam injetável e oral		
Haloperidol injetável e oral		
Prometazina injetável e oral		
Fenobarbital injetável		
Hidantal injetável		
Midazolam injetável		
Antiarrítmicos		
Broncodilatadores		
Soro fisiológico a 0,9%		
Solução de glicose a 25% e 50%		
Serviço de transporte próprio ou conveniado e hospital de referência com UTI		

AMBIENTE EXCLUSIVO PARA APLICAÇÃO DA ELETROCONVULSOTERAPIA		
AMBIENTES E ESTRUTURA FÍSICA	SIM	NÃO
Sala de espera com mínimo de 20 m2		
Sanitários para pacientes		
Sala de tratamento com mínimo de 12 m2		
Sala de recuperação (2 pacientes = 14 m2 / 3 pacientes = 18 m2 / 6 pacientes = 27 m2)		
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	SIM	NÃO
Mesa para o procedimento		
Máquina de eletroconvulsoterapia		
Monitor de ECG e EEG		
Eletrodos descartáveis		
Oxímetro de pulso		
Aspirador		
Ponto de oxigênio		
Esfignomanômetro		
Estetoscópio		
Desfibrilador		
Laringoscópio		
Tubos para intubação orotraqueal de diferentes tamanhos		
Ressuscitador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara		
Escalpes, jacos, seringas e agulhas para administração de medicamentos		
Espadrapo		
Equipamentos de proteção individual (luvas, óculos etc.)		
MEDICAÇÕES INDISPENSÁVEIS	SIM	NÃO
Adrenalina (ampolas)		
Aminofilina (ampolas)		
Amiodarona (ampolas)		
Atropina (ampolas)		

Besilato de Atracúrio		
Bromoprida		
Butilbrometo de Escopolamina (ampolas)		
Captopril 25mg (cpr.)		
Clonidina (comprimidos)		
Cloreto de Potássio (ampolas)		
Cloreto de Sódio (ampolas)		
Cloridrato de Ondansetrona (ampolas)		
Dexametasona (ampolas)		
Diazepam (ampolas)		
Diclofenaco (ampolas)		
Dimenidrinato (cpr.)		
Dipirona (ampolas)		
Dipirona (cpr.)		
Etilefrina (ampolas)		
Furosemida (ampolas)		
Glicose 50% (ampolas)		
Haloperidol (ampolas)		
Hidrocortisona (frascos)		
Insulina regular (frascos)		
Midazolam (ampolas)		
Mononitrato de Isossorbida (ampolas)		
Neostigmina (ampolas)		
Nitroprusseto de Sódio (ampolas)		
Paracetamol (cpr.)		
Propofol (frascos)		
Succinilcolina (frascos)		
Tenoxicam (frascos)		
Tiopental sódico (frascos)		

2 - AMBULATÓRIOS (CAPS I, II, III, AD II E III, CAPS I), POLICLÍNICAS E HOSPITAIS

- a. Quando houver mais de um consultório médico ou consultório de outros profissionais que utilizem equipamentos comuns aos dos médicos ou atuem em conjunto com os mesmos, deverá haver, em cada consultório ou ambiente, uma unidade de cada instrumento, insumo ou equipamento. Caso não se encontrem equipados desta maneira, o trabalho médico deve ser suspenso até que se estabeleçam as condições descritas neste manual;
- b. Quando houver procedimentos, com ou sem sedação, com ou sem anestesia, devem ser obedecidos os critérios para suporte à vida estabelecidos neste manual;
- c. Os consultórios ou áreas de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, fisiculturismo, recreação, nutrição e outros que componham o perfil assistencial do serviço devem estar relacionados quando da inscrição do estabelecimento no Conselho Regional de Medicina;
- d. Estes estabelecimentos devem contar com a presença física de médicos durante todo o seu horário de funcionamento, inclusive nos finais de semana, quando houver prescrição e administração de psicofármacos e os pacientes precisarem de procedimentos, mesmo sem sedação, excetuados os procedimentos não médicos;
- e. Quando se tratar de macroestruturas onde existam procedimentos a serem realizados, um para cada dez consultórios deve estar equipado para a realização do referido procedimento, repetindo-se a implantação de um novo consultório por fração excedente a dez. Exemplo: para onze consultórios, dois devem estar equipados para o procedimento. Este princípio será obedecido sempre que houver fração e novo consultório para o procedimento deva ser instalado;
- f. Constatando-se as condições explicitadas acima, os demais consultórios obrigam-se a ter apenas os equipamentos básicos exigidos para o consultório individual.

3 - PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO PARA UM CAPS

SALA DE RECEPÇÃO DE PACIENTES

SALA DE REGISTRO / ARQUIVO

SALA ADMINISTRATIVA

SALA DE REUNIÃO DE EQUIPE

SANITÁRIOS PARA PACIENTES

CONSULTÓRIO MÉDICO

CONSULTÓRIO PSQUIATRIA	SIM	NÃO
2 cadeiras - uma para o paciente e outra para o acompanhante		
1 cadeira para o médico		
1 mesa/birô		
1 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável, com lençol (opcional)		
1 escada de 2 ou 3 degraus para acesso dos pacientes à maca (opcional)		
1 local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial (obrigatório caso utilize ou guarde medicamentos desse grupo)		
1 pia ou lavabo		
Toalhas de papel / sabonete líquido para a higiene		
Lixeiras com pedal		
Lençóis para as macas (opcional)		
1 esfigmomanômetro		
1 estetoscópio clínico		
1 termômetro		
1 esfigmomanômetro infantil (caso Caps i)		
1 Estetoscópio clínico tipo infantil (caso Caps i)		
1 lanterna com pilhas		
Abaixadores de língua descartáveis		
Luvas descartáveis (opcional)		
1 negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem		
1 otoscópio (opcional)		
1 balança antropométrica adequada à faixa etária (opcional)		
1 fita métrica plástica flexível inelástica (opcional)		
Oftalmoscópio (opcional)		

PRONTUÁRIO

Meio: () Físico () Informatizado

Arquivo médico: () Individual () Compartilhado

Guarda: () Consultório () Área comum () SAM

Segue normas do CFM e CRM de preenchimento, guarda e liberação? () SIM () NÃO

FORMULÁRIOS

SIM

NÃO

Receituário médico comum - Meio: () Físico () Informatizado

Notificação de receita de controle especial

Notificação de receita B

Notificação de receita A

Formulários de notificação de agravos compulsórios

Atestados médicos - Meio: () Físico () Informatizado

MATERIAIS PARA USO EM TERAPIA OCUPACIONAL

SIM

NÃO

Argila

Papel

Lápis de cor

Lápis para desenho

Tintas

Outros

SALA DE OBSERVAÇÃO, PARA DOIS LEITOS OU MAIS COMO PREVISTO
NAS PORTARIAS ESPECÍFICAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

POSTO DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO
Sala é compartilhada?		
3 cadeiras		
1 esfigmomanômetro adulto		
1 esfigmomanômetro infantil (caso Caps i)		
1 estetoscópio clínico tipo adulto		
1 estetoscópio clínico tipo infantil (caso Caps i)		
1 mesa tipo escritório		
1 balança antropométrica		
1 termômetro		

SALA DE PROCEDIMENTOS

EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS MÍNIMOS PARA O ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS COM SEDAÇÃO	SIM	NÃO
1 aspirador de secreções		
Cânulas endotraqueais		
Cânulas naso ou orofaríngeas		
Desfibrilador		
EPI (equipamento de proteção individual) para atendimento das intercorrências (luvas, máscaras e óculos)		
Laringoscópio com lâminas adequadas		
Máscara laríngea		
Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia		
Oxigênio com máscara aplicadora e umidificador		
Oxímetro de pulso		
Ressuscitador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara		
Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa		
Sondas para aspiração		
Tubos endotraqueais		

DML COM TANQUE

Materiais de Limpeza		
----------------------	--	--

COPA / COZINHA

1 geladeira		
1 fogão		
1 pia		
1 armário		
1 balcão		
1 mesa		
1 liquidificador		
1 batedeira		
1 corredor de circulação		
Alimentos		

REFEITÓRIO

SALA PARA LAVAGEM DE ROUPAS

BANHEIRO PARA FUNCIONÁRIOS

MATERIAIS PERMANENTES

1 arquivo com 4 gavetas		
2 mesas e cadeiras para uso em grupo (cerca de 30, dependendo do número de pacientes a serem atendidos)		
2 armários de duas portas		
1 televisor colorido com controle remoto		
1 videocassete quatro cabeças com controle remoto		
1 suporte para TV e vídeo		
1 rádio gravador AM e FM		

1 bebedouro		
3 circuladores de ar		
Alimentos		

MATERIAIS DE CONSUMO

Material de expediente		
Material de escritório		
Impressos		
Envelope de prontuário		
Ficha de Estudo Social		
Cartão de identificação		
Ficha nominal		
Ficha de controle de medicação		
Comunicação interna		
Boletim diário do serviço		
Mapa de psicofármacos		

Importa salientar que todas as definições para os espaços físicos e suas denominações estão contidas nas portarias ministeriais para o funcionamento de núcleos e centros de atenção psicossocial como o mínimo em sua configuração física para os Caps I, II e Caps i.

Nos Caps III, AD II e III, onde se observa a prescrição e administração de medicamentos com períodos de permanência que podem alcançar pernoites e dias consecutivos para prescrições medicamentosas, como previsto nas portarias ministeriais com a presença de leitos específicos para esta internação, acrescentamos um item de segurança para evitar a ocorrência da complicação de sedações que requeiram assistência de suporte à vida com urgência, conforme estas normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, e plantonistas médicos para garantir a segurança da assistência e prevenir as complicações decorrentes do uso de sedativos.

EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS MÍNIMOS PARA O ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS	SIM	NÃO
1 aspirador de secreções		
Cânulas endotraqueais		
Cânulas naso ou orofaríngeas		
Desfibrilador		
EPI (equipamento de proteção individual) para atendimento das intercorrências (luvas, máscaras e óculos)		
Laringoscópio com lâminas adequadas		
Máscara laríngea		
Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia		
Oxigênio com máscara aplicadora e umidificador		
Oxímetro de pulso		
Ressuscitador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara		
Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa		
Sondas para aspiração		
Tubos endotraqueais		

4 - HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS ESPECIALIZADOS,
 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS MÉDICAS,
 SERVIÇO DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL
 E ENFERMARIAS PSIQUIÁTRICAS
 EM HOSPITAL GERAL

CONDIÇÕES GERAIS (de acordo com o art.10 desta resolução)	SIM	NÃO
1 sala de recepção		
1 sala de registro/arquivo		
1 sala administrativa/financeira		
1 sala de reunião de equipe		

1 sanitário por sexo para pacientes e mais 1 para deficientes		
1 sala de trabalho em grupo		
1 sala de estar/multiuso		
1 oficina(s) de trabalho		
1 instalações para atividades esportivas e/ou de lazer		
1 instalações para atividades educativas		
1 copa/cozinha		
1 refeitório		
1 lavanderia (quando for terceirizada ver contrato)		
1 depósito de material de limpeza		
1 almoxarifado		
1 expurgo/lixo seletivo		
1 casamata e gerador de energia (opcional), torna-se obrigatório, contudo, se utilizar máquinas de funcionamento contínuo para dar suporte à vida)		
1 oficina(s) para consertos e manutenção elétrica/hidráulica/equipamentos (quando for terceirizado ver contrato)		
1 ambulância (quando terceirizado ver contrato)		

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS (de acordo com o art.11 desta resolução)	SIM	NÃO
1 sala/consultório para Psicologia		
1 sala para o fisicultor/fecreador (contígua à área de atuação)		
1 sala para Serviço Social		
1 sala para Enfermagem		
1 sala para nutricionista		
1 sala para o terapeuta ocupacional/fisioterapeuta (contígua à sua área de trabalho, de preferência)		
1 posto de Enfermagem para cada 60 leitos		
1 banheiro mais vestiário por sexo para os funcionários		
1 quarto com instalações sanitárias completas para o médico plantonista		

1 consultório, que pode ser contíguo ao quarto para o médico plantonista (1 para até 400 leitos)		
1 consultório para o clínico geral ou outro especialista não psiquiatra (opcional)		
1 consultório para o psiquiatra assistente (1 para 40 leitos), podendo ser compartilhado desde que sem conflitos de horário		
1 banheiro mais vestiário por sexo para os médicos assistentes		
1 sala para o farmacêutico		
1 farmácia		
1 sala de esterilização com fluxo (quando for terceirizada, ver contrato)		
1 sala para procedimentos médicos e de enfermagem (curativos, suturas etc.)		
1 enfermaria para estabilização/observação clínica (1 leito para cada 50 pacientes: 2x3 m ² /leito)		
1 enfermaria para contenção física e sedação (1 leito para cada 50 pacientes: 2x3 m ² /leito)		
1 enfermaria com, no máximo, 6 leitos (2x3m ² /leito), com instalações sanitárias completas		
1 quarto com, no máximo, 2 leitos (2x3m ² /leito), com instalações sanitárias completas		
1 apartamento com 1 leito para paciente e 1 leito para acompanhante (opcional), 2x3 m ² /leito, com instalações sanitárias completas		
1 necrotério		

1. Quando se tratar de enfermaria especializada em hospital geral, toda a infraestrutura deste estabelecimento será considerada para efeitos de avaliação das condições especificadas na tabela acima.

2. Quando se tratar de um serviço de Psiquiatria em hospital geral, será necessária toda a infraestrutura da tabela, exceto o que estiver contido na infraestrutura geral do estabelecimento hospitalar.

3. Quando se tratar de hospital especializado em Psiquiatria, deve-se considerar toda a infraestrutura prevista acima e, especificamente, as áreas para pacientes

agudos, dando-se preferência a colocar as enfermarias e quartos contiguamente aos leitos de contenção física/sedação e, com relação aos pacientes de longa permanência, identificados como crônicos ou aqueles tidos como grabatários, em área contígua à enfermaria de estabilização/observação clínica.

4. Quando se tratar de estabelecimento com serviços ambulatoriais, os consultórios deverão ser construídos em área específica para este fim.

II - DA ANAMNESE DAS PRESCRIÇÕES E EVOLUÇÕES MÉDICAS

A anamnese é instrumento exclusivo de avaliação para a propedêutica médica. Sua elaboração é obrigatória em qualquer ambiente médico, inclusive em atendimento ambulatorial e nos consultórios.

Para obedecer ao disposto no art. 87 do Código de Ética Médica e seus parágrafos, o registro da anamnese deve, no mínimo, conter os seguintes dados:

a) Identificação do paciente: nome, idade, data de nascimento, filiação, estado civil, raça, sexo, religião, profissão, naturalidade, procedência, endereço e telefone;

b) Queixa principal: descrição sucinta da razão da consulta;

c) História da doença atual: relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;

c) História familiar: doenças pregressas na família, estado de saúde dos pais, se falecidos, a idade e a causa, principal ocupação dos pais, quantos filhos na prole, forma de relacionamento familiar;

d) História pessoal: informações sobre gestação, doenças intercorrentes da mãe durante a gestação, doenças fetais, parto eutócico ou distócico, condições de nascimento, evolução psicomotora com informações sobre idade em que falou e andou, doenças intercorrentes na infância, ciclo vacinal, aprendizado na escola, sociabilidade em casa, na escola e na comunidade, trabalho, adoecimento no trabalho, relações interpessoais na família, no trabalho e na comunidade, puberdade, vida sexual e reprodutiva, menopausa e andropausa, se professava alguma religião e qual, doenças preexistentes relacionadas ou não ao atual adoecimento, situação atual de vida;

e) Exame físico: pele e anexos, sistema olfatório e gustativo, visual, auditivo,

sensitivo-sensorial, gastroenteral, cardiocirculatório e linfático, osteomuscular e articular, gênito-urinário e neurológico;

f) Exame do estado mental: senso-percepção, representação, conceito, juízo e raciocínio, atenção, consciência, memória, afetividade, volição e linguagem;

g) Hipóteses diagnósticas: possíveis doenças que orientarão o diagnóstico diferencial e a requisição de exames complementares;

h) Exames complementares: exames solicitados e registro dos resultados (ou cópia dos próprios exames);

i) Diagnóstico: de acordo com o CID, vigente, da Organização Mundial da Saúde;

j) Conduta: terapêutica instituída e encaminhamento a outros profissionais;

k) Prognóstico: quando necessário por razões clínicas ou legais;

l) Sequelas: encaminhamento para outros profissionais ou prescrições;

m) Causa da morte: nos casos de falecimento.

Nos atendimentos em ambulatórios ou consultórios que não envolvam indicação de internação, o registro da anamnese poderá restringir-se aos itens imprescindíveis; no caso, à boa prática diagnóstica e conduta terapêutica.

As evoluções e prescrições médicas deverão ser feitas no mínimo três vezes por semana quando os pacientes estiverem estabilizados, e diariamente, quando em condições agudas ou de observação clínica e/ou contenção.

III - DAS PERÍCIAS MÉDICAS

1 - Os médicos peritos estão submetidos aos princípios éticos da imparcialidade, do respeito à pessoa, da veracidade, da objetividade e da qualificação profissional.

2 - Os médicos assistentes técnicos estão submetidos aos mesmos princípios, com ênfase ao da veracidade. Como são profissionais a serviço de uma das partes, não são imparciais.

3 - Peritos e assistentes técnicos devem se tratar com respeito e consideração recíprocas, cabendo ao perito informar aos assistentes técnicos, previamente, todos os passos de sua investigação e franquear-lhes o acesso a todas as etapas do procedimento.

4 - É fundamental, nos procedimentos periciais, a observância do princípio do visum et repertum (ver e registrar), de forma que o laudo pericial possa ser objeto de análise futura sempre que necessário.

5 - Os relatórios periciais (laudos) poderão variar em função da natureza e das peculiaridades da perícia (cível, criminal, administrativa, trabalhista ou previdenciária; transversal, retrospectiva ou prospectiva; direta ou indireta), entretanto, sempre que possível, deverá ser observado o roteiro abaixo indicado.

6 - Os pareceres dos assistentes técnicos terão forma mais livre, podendo seguir o mesmo modelo adotado pelo perito ou limitar-se a enfatizar ou refutar pontos específicos de seu relatório.

IV - ROTEIRO BÁSICO DO RELATÓRIO PERICIAL

1) Preâmbulo. Autoapresentação do perito, na qual informa sobre sua qualificação profissional na matéria em discussão.

2) Individualização da perícia. Detalhes objetivos sobre o processo e as partes envolvidas.

3) Circunstâncias do exame pericial. Descrição objetiva dos procedimentos realizados (entrevistados, número de entrevistas, tempo dispendido, documentos examinados, exames complementares etc.).

4) Identificação do examinando. Nome e qualificação completa da pessoa que foi alvo dos procedimentos periciais.

5) Quesitos. Transcrição dos quesitos formulados pela autoridade e pelas partes.

6) História pessoal. Síntese da história de vida do examinando, com ênfase em sua relação com o objeto da perícia, se houver.

6.1) História psiquiátrica prévia. Relato dos contatos psiquiátricos prévios; em especial, tratamentos e hospitalizações.

6.2) História médica. Relato das doenças clínicas e cirúrgicas atuais e prévias, incluindo tratamentos e hospitalizações.

9) História familiar. Registro das doenças psiquiátricas e não psiquiátricas nos familiares próximos.

10) Exame do estado mental. Descrição das funções psíquicas do examinando.

- 11) Exame físico. Descrição da condição clínica geral do examinando.
- 12) Exames e avaliações complementares. Descrição de achados laboratoriais e de resultados de exames e testes aplicados.
- 13) Diagnóstico positivo. Segundo a nosografia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, oficialmente adotada pelo Brasil.
- 14) Comentários médico-legais. Esclarecimento sobre a relação entre a conclusão médica e as normas legais que disciplinam o assunto em debate
- 15) Conclusão. Frase curta e direta que sintetiza todo o pensamento do perito.
- 16) Resposta aos quesitos. Respostas claras, concisas e objetivas.

Observação: nas perícias de responsabilidade penal, mais dois itens devem constar do relatório pericial, que entrarão nas posições 6 e 7 do roteiro acima:

(1) Elementos colhidos nos autos do processo. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato da vítima, testemunhas ou de peças processuais.

(2) História do crime segundo o examinando. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato do examinando ao perito.

Por se tratar de matéria inovadora, este manual estará sujeito a revisões periódicas coordenadas pelo Conselho Federal de Medicina, que levará em conta as críticas à sua aplicação prática pelos Conselhos Regionais de Medicina, sempre em fóruns apropriados e com interlocutores da academia e da vida associativa e sindical. As decisões desses estudos sempre serão alvo de avaliação e crítica da Câmara Técnica de Psiquiatria antes de serem levadas ao plenário do Conselho Federal de Medicina.

EMMANUEL FORTES S. CAVALCANTI

Conselheiro-Relator

Resolução CFM n.º 2.057/2013

Resolução Aprovada na Reunião Plenária de 20/09/2013

Publicada no D.O.U. de 12/11/2013, Seção I, p.165-171.

Revogadas Resoluções CFM n.º 1.598/2000 e 1.640/2002.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES PARA ATIVIDADE FÍSICA E ENCAMINHAMENTO PARA CARDIOLOGISTA

ASSESSING PATIENTS FOR PHYSICAL ACTIVITY AND REFERRAL TO A CARDIOLOGIST

*Henrique Batista e Silva**

Palavras-chave – *Atividade competitiva, esforço físico, anamnese, atestado de saúde, comorbidades, pré-liberação.*

Keywords – *Competitive activity, physical exertion, anamnesis, health certificate, comorbidities, pre-release.*

PARTE EXPOSITIVA

Trata-se da solicitação de parecer, encaminhado pelo Departamento de Processo-Consulta e datado de 2/4/2013, em vista da correspondência eletrônica de P. A. S. solicitando orientação deste Conselho Federal de Medicina sobre avaliação cardiológica, com o seguinte teor:

“Assunto: Dúvida.

Solicitação: Protocolo de Cardiologia Sobre Avaliação Pré-Atividade Física. Um dos médicos clínicos de onde trabalho levantou a hipótese de que, atualmente, TODOS os pacientes, com ou sem patologias de base, devem passar pelo cardiologista antes da liberação para qualquer atividade física, seja ela competitiva ou não. Disse que é uma nova regra imposta pelo CFM e que, portanto, deve ser cumprida pelos estabelecimentos em saúde. Como não consegui encontrar qualquer nova regra a este respeito, optei por entrar em contato

*Conselheiro parecerista do CFM.

para uma orientação quanto a real necessidade de avaliação cardiológica para TODOS os pacientes, lembrando que trabalho em um estabelecimento público e que, atualmente, as academias, as escolas e outras instituições solicitam avaliação física prévia para todos os seus integrantes. Atualmente, nosso protocolo inclui a avaliação de pacientes com comorbidades, alterações em exames complementares previamente solicitados e/ou para os pacientes que pretendem fazer atividade competitiva. Fico no aguardo de uma resposta definitiva sobre o assunto”.

CONSIDERAÇÕES

A Resolução CFM nº 1.658/2002, que normatiza a emissão de atestados médicos, estabelece em seu artigo primeiro que o atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, com validade para o fornecimento de atestado de sanidade em suas diversas finalidades.

O Parecer-consulta CRM-PR nº 2.209/2010, respondendo sobre emissão de atestado médico emitido pelo pediatra para a prática dos exercícios físicos da disciplina de Educação Física, esclarece que sendo o atestado parte do ato médico todas as pessoas que pretendem realizar exercícios ou praticar esportes devem ser avaliadas por um médico da forma mais básica: uma atenta anamnese e um cauteloso exame físico, base para a emissão de um atestado de saúde.

O Parecer-consulta Cremerj nº 122/2003, tratando do mesmo assunto, firma o entendimento de que todo indivíduo submetido à atividade física competitiva e/ou recreativa deve passar por uma avaliação clínica e, a critério médico, laboratorial, cabendo ao médico, preferentemente com formação Médico Desportiva, a avaliação e liberação para a participação em atividades físicas. Adianta que a solicitação de ECG ou parecer de um especialista se justifica se a anamnese ou exame físico concorrem para tal.

Considerando a obrigação de o médico manter-se atualizado para maior segurança aos esportistas, diante do crescimento de novas modalidades com intensidades e dificuldades cada vez mais crescentes, foi publicada nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, volume 100, nº 1, Supl. 2, janeiro/2013, a diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, que constitui o referencial mais recente sobre as recomendações no âmbito da avaliação clínica pré-participação para atividades físicas.

Os participantes do documento são cardiologistas e médicos do Esporte, o que facilitou a integração necessária para sua melhor elaboração, considerando-se as dificuldades de ser a primeira diretriz, aprimorada periodicamente, quando necessário.

Na introdução, fica claro que a avaliação clínica pré-participação para atividades físico-esportivas deve ser entendida como uma avaliação médica sistemática, capaz de abranger a ampla faixa da população antes de sua liberação para a prática de exercícios físicos. O documento, que visa estabelecer as normas de avaliação para participação em atividades físicas em nosso país, considerando aspectos fisiológicos, epidemiológicos e clínicos, divide os indivíduos em grupos: esportistas, atletas profissionais, crianças e adolescentes e para-atletas. Para todos os grupos, recomenda que todos os indivíduos sejam submetidos a um exame médico que permita a detecção de fatores de risco, sinais e sintomas sugestivos de doenças cardiovasculares, pulmonares, metabólicas ou do aparelho locomotor, enfatizando a anamnese e o exame físico. Considera que se justifica a avaliação por um cardiologista, ou outro especialista, se ficarem evidenciadas no exame médico ou nos exames complementares alterações que possam causar dano ou precipitar prejuízos ao paciente.

PARECER

Pode-se apreender que a solicitante se dirige ao CRM solicitando, em primeiro lugar, orientação para dirimir uma dúvida levantada por outro médico, que afirmava: "TODOS os pacientes, com ou sem patologias de base, devem passar pelo cardiologista antes da liberação para qualquer atividade física, seja ela competitiva ou não. Disse que é uma nova regra imposta pelo CFM. Completa seu questionamento com uma solicitação: Protocolo de Cardiologia Sobre Avaliação Pré- Atividade Física. Sobre este ponto do questionamento, informa utilizar um protocolo, não encaminhado ao CFM, que inclui a avaliação de pacientes com comorbidades, ou alterações dos resultados dos exames complementares.

Conforme se depreende das normas legais aclaradas, a validade do atestado médico, que faz parte inerente ao exercício da profissão médica, emana da Lei no 3.268/1957. Portanto, é da competência do médico elaborar o atestado, no caso, em estabelecimento público para a liberação de atividade física. É também de

importância observar que o médico dispõe na forma da lei, o poder de fé pública em sua profissão. Do exposto, fica evidenciado que o médico pode testificar a condição de saúde ou de doença, não existindo nenhum documento que sustente a hipótese levantada pelo médico clínico da instituição acerca da necessidade de avaliação cardiológica para todos os pacientes.

CONCLUSÃO

Ante o material analisado, manifestando-me sobre a dúvida levantada, entendo que não existe obrigatoriedade de avaliação do cardiologista para todos os pacientes que solicitam liberação para atividade física.

Contudo, devem ser encaminhados ao cardiologista os pacientes que pretendem fazer atividade competitiva, como também aqueles com alterações clínicas diagnosticadas ou suspeitadas no exame efetuado pelo médico do serviço, como comorbidades, ou evidenciadas nos exames complementares.

No que concerne ao segundo ponto do questionamento, entendo pertinente a elaboração de protocolo de avaliação cardiológica pré-liberação para a prática de atividades físicas, devendo ser elaborado pela Câmara Técnica de Medicina do Esporte do Conselho Federal de Medicina.

É o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 22 de agosto de 2013.

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Conselheiro relator

Parecer CFM n.º 22/2013

Processo-Consulta de 02/04/2013

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 22/08/2013.

INSERÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) É ATO MÉDICO EXCLUSIVO

INSERTION OF INTRAUTERINE DEVICES (IUD) CAN ONLY BE PERFORMED BY DOCTORS

*José Hiran da Silva Gallo**

Palavras-chave – *Dispositivo intrauterino, ato médico, responsabilidade, direitos da mulher, segurança.*

Keywords – *Intrauterine device, medical act, responsibility, women's rights, safety.*

DA CONSULTA

Os conselheiros Alexandre Gustavo Bley e Roberto Issamu Yossida, respectivamente presidente e corregedor do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, relatam, pelo ofício nº 41/2012-Dejur, que algumas prefeituras locais passaram a seus enfermeiros a orientação de que estariam aptos a inserir DIU nas pacientes, haja vista que o Ministério da Saúde teria autorizado o procedimento, em conjunto com o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), consoante o Parecer 17/2010/Cofen/CTLN.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, convicto de que tal procedimento é ato privativo de médico, indaga ao CFM se há alguma medida no sentido de atacar o parecer que autorizou tal tarefa aos enfermeiros, pois o ato aqui versado é de competência nacional. No aguardo de orientação, anexa o parecer acima referido, parcialmente transcrito a seguir:

*Conselheiro parecerista do CFM.

A Secretaria do Cofen encaminha para análise e emissão de parecer sobre viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para “planejamento familiar reprodutivo”.

A consulta é acompanhada de cópia de ofício da dra. Thereza de Lamare Franco Netto, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, segundo a qual, dentre as diretrizes da Política Nacional, está a de “promover a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, direcionados para as mulheres, homens adultos e adolescentes em relação à saúde sexual, à saúde reprodutiva, enfocando principalmente o planejamento familiar.

A consulta solicita esclarecimentos acerca da viabilidade técnica, em consonância com a lei do exercício profissional, de os enfermeiros que atuam no Serviço Público de Saúde inserirem dispositivo intrauterino (DIU), com o objetivo de ampliar a oferta deste método às usuárias do Sistema Único de Saúde.

Tecem análise que chamam de fundamentada, dissertam sobre a consulta de enfermagem e chamam a atenção para a Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o programa Saúde da Família (PSF) e para o programa de Agentes Comunitários de Saúde. A referida portaria prevê como atribuições específicas do enfermeiro, entre outras: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.) em todas as fases do desenvolvimento humano, infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

Concluem pela inexistência de impedimento legal para que o enfermeiro realize consulta clínica, prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares e de rotina, para atender à ampliação da oferta do DIU às usuárias do Sistema Único de Saúde, objetivo proposto pela dra. Thereza de Lamare Franco Neto.

PARECER E CONCLUSÃO

Não restam dúvidas de que a inserção de dispositivo intrauterino em pacientes do programa Saúde da Família, por enfermeiros, não é ato isento de riscos. Com efeito, a introdução do DIU é uma prática invasiva, podendo, inclusive, causar perfuração uterina, bem como, pelo risco acima descrito, deixar de ser colocado até o fundo, ficando em posição indevida. Entendemos que a responsabilidade é

exclusivamente médica, que não pode ser permitida e/ou transferida a pessoa não habilitada, conforme explicitado no art. 2º, Capítulo III, da Resolução CRM nº 1.931/09 - Código de Ética Médica, que estabelece ser vedado ao médico “delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”, para corrigir acidente possivelmente existente. Por todo o exposto, entendemos que a inserção de dispositivos intrauterinos é ato médico exclusivo.

É o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 22 de agosto de 2013.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Conselheiro relator

Parecer CFM n.º 21/2013.

Processo-Consulta do CRM-PR

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 22/08/2013

PLANTÕES PRESENCIAIS E A DISTÂNCIA: RESPONSABILIDADE NA MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE

WORKING SHIFTS AND ON CALL: RESPONSIBILITY FOR
THE MAINTENANCE OF COMMUNITY SERVICES

*Luiz Ernesto Pujol**

Palavras-chave – *Plantão presencial, sobreaviso, manutenção de serviços, responsabilidade profissional, remuneração.*

Keywords – *In local shifts, on call, maintenance of services, professional responsibility, remuneration.*

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, o médico plantonista na UTI Pediátrica de unidade hospitalar localizada neste Estado, formula consulta a esse Conselho nos seguintes termos (“ipsis literis”):

“Sou pediatra do hospital X e faço plantão na UTI Pediátrica há nove meses. Estamos em conversação com a direção por melhores condições de trabalho e remuneração, já que recebemos por plantão presencial, valor inferior à outras especialidades que fazem plantão à distância. Como não houve acordo e não temos vínculo empregatício

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

(recebemos por “firma” pessoa jurídica, decidimos não renovar os contratos. A direção pediu que mantivéssemos as escalas por 60 dias (finda em 06/10) até que conseguisse os substitutos. Estamos receosos de terminar o serviço, pois sabemos da importância da UTI pediátrica e Neonatal para região. Podemos suspender as atividades sem risco de sofrermos punições? Devemos comunicar ao Promotor ou a décima regional de saúde? Aguardo contato.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A medicina como qualquer outra atividade profissional, deve receber remuneração condigna que possibilite ao seu executor manter o seu sustento e de sua família e a atualização de seus conhecimentos, assim como procurar meios que possibilitem adequadas condições de desenvolver o seu trabalho de forma técnica e dentro dos princípios éticos. Para isso, há necessidade que formas legais de trabalho sejam estipuladas em contratos firmados, quer por pessoa física ou jurídica junto ao empregador público ou privado. Contratualizações que contemplem as cláusulas estipuladas pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação dos Sindicatos Médicos evitam que os médicos fiquem expostos a decisões conflitantes com o que contratualmente foiegradado.

A realidade do mercado de trabalho médico, na atualidade, tornou comum a remuneração diferenciada a profissionais médicos que exercem as mesmas ocupações, presencialmente ou à distância. Somente a correta contratualização, respeitando a evidência de que melhor remuneração não caracteriza melhor profissional, poderá evitar esse tipo de distorção econômica.

O consulente cita a decisão de não renovação de contrato com o empregador. Portanto, contrato há. Se nesse contrato existe cláusula que determina o prazo de 60 (sessenta) dias entre o término contratual e a suspensão do atendimento pelos contratados, findo o mesmo os contratados estarão isentos de qualquer tipo de sanção ética ou legal, cabendo ao empregador, nesse período, a responsabilidade de contratar novos profissionais para a necessária manutenção do serviço indispensável à população pediátrica.

O receio do consulente quanto à possibilidade da região em que labuta ficar desamparada caso haja fechamento da UTI Pediátrica do Hospital Universitário do X do Paraná é pertinente e cabe não só a ele, mas a toda a comunidade médica daquela

região, esforços legais (Chefia do Serviço, Direção do Hospital, Órgãos Públicos responsáveis pela saúde do Município e, se necessário Promotoria e Juizado) para prosseguimento desse imprescindível serviço à infanto-adolescência.

É o parecer, S. M.J.

Curitiba, 04 de outubro de 2013.

Cons. LUIZ ERNESTO PUJOL

Parecerista

Parecer CRM-PR n.º 2.430/2013

Processo-Consulta n.º 27/2013

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3358, de 14/10/2013 CÂM I.

ESTRUTURA ADEQUADA PARA GESTANTE DE ALTO RISCO

APPROPRIATE STRUCTURE FOR HIGH RISK PREGNANCIES

*Hélcio Bertolozzi Soares**

Palavras-chave – *Ginecologia, obstetrícia, gravidez de alto risco, intercorrência, estrutura de serviços.*

Keywords – *Gynecology, obstetrics, high-risk pregnancy, complications, and service structure.*

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, médico diretor clínico de Hospital Regional localizado neste Estado solicita parecer quanto ao fato de a instituição atender gestantes de alto risco, encaminhadas de cidades de toda a região, sem estrutura adequada segundo o Serviço de Obstetrícia.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma pequena parcela de gestantes que, por serem portadoras de doenças pré-existentes, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores problemas de evolução desfavorável, tanto para a mãe quanto para o feto.

Esta parcela constitui o grupo chamado de gestação de alto risco. Esta visão do processo saúde-doença, denominada de Enfoque de Risco, fundamenta-se no

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

fato de que nem todos os indivíduos tem a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo esta probabilidade maior para uns do que para outros. Este fator diferencial estabelece um gradiente de necessidade de assistência e cuidados, que vai desde um mínimo de cuidados para àquelas sem problemas ou com poucos riscos de intercorrências, até o máximo necessário para àquelas com risco elevado de desenvolverem agravos à saúde.

Para uma atuação eficiente da equipe de assistência, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde das mulheres e de seus filhos ou filhas, é necessário à utilização de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada. As necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência.

Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos que só podem ser solucionados nos níveis secundário e terciário com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas, alguns casos também podem ser resolvidos no nível primário.

A definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas dependerá do problema e qual a intervenção será realizada. Em síntese, haverá momentos em que uma gestação rotulada de alto risco tenha evolução satisfatória, sem intercorrências, ao passo que situação de baixo risco tenha evolução repleta de intercorrências e agravos na assistência ao parto. Esta é a característica da especialidade, onde situações de urgência e emergência surgem de maneira inopinada e imprevisível.

As normas de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresente, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência os mesmos serão realizados. Assim, o controle pré-natal da gestante sem problemas poderá ser diferente daquela que apresenta problemas, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas e tipo de equipe que presta assistência.

O acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário. Por isso, é necessário que estados e municípios organizem a rede de atenção obstétrica, que contemple todos os níveis de complexidade, com definição de pontos de atenção e responsabilidades correspondentes.

A estruturação da rede implica na disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco. Planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e adultos, leitos de berçário para cuidados intermediários, assim como, eventualmente, a constituição de casas de apoio à gestante de risco com dificuldades de acesso geográfico ou a puerperas que sejam mães de bebês que necessitem permanecer internados.

Também implica na humanização do atendimento por meio da sensibilização e da atualização profissional das equipes do sistema como um todo. Esses serviços podem coexistir num mesmo município ou estar organizados em uma região de saúde.

Feita tais considerações, fica claro que a equipe médica deverá contar com especialistas em obstetrícia, capazes de atuar a qualquer tempo na identificação dos agravos. Se a Maternidade prestará assistência apenas em regime de assistência ao trabalho de parto, não realizando pré-natal, deverá contar com pelo menos dois plantonistas em turnos de 12 horas. Os exames complementares são importantes no diagnóstico e nas intercorrências, portanto, o serviço de ecografia e laboratório de análises clínicas e de hemoterapia são absolutamente necessários.

É da responsabilidade do Diretor Técnico da instituição a responsabilidade de prover todos os recursos ideais para a prestação de serviço obstétrico, que vão desde a estrutura nosocomial, incluindo-se aqui todos os serviços necessários, até o grupo de médicos especializados para o atendimento de gestantes e recém-natos.

Com o propósito de ampliar e regular condutas anexamos outros Pareceres e Resoluções deste CRM-PR e CFM, alertando que o próprio Ministério da Saúde já ampara em Leis e Portarias dentro do parto seguro.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 20 de junho de 2013.

HÉLCIO BERTOLOZZI SOARES

Conselheiro Parecerista

Parecer CRM-PR n.º 2.428/2013

Processo-consulta n.º 44/2012

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3315, de 30/07/2013 - CÂM III

ACADEMIA PARANAENSE DE MEDICINA TEM NOVA DIRETORIA

PARANA ACADEMY OF MEDICINE HAS NEW BOARD

PROF. BRUNO MAURÍZIO GRILLO ASSUMIU A
PRESIDÊNCIA, SUCEDENDO AO DR. HÉLIO GERMINIANI.

Palavras-chave – *academia, medicina, diretoria, sucessão, história.*

Keywords – *academy, medicine, board of directors, succession, history.*

A Academia Paranaense de Medicina empossou em 23 de novembro de 2013 a sua diretoria biênio 2014-2015, tendo agora na presidência o acadêmico Bruno Maurizio Grillo, que sucedeu ao Dr. Hélio Germiniani, agora respondendo pelo Conselho Fiscal. Dr. Bruno é autor de diversos trabalhos científicos, a maioria da área de ginecologia e obstetrícia, sua área de especialidade. Professor e decano dos trofoblastas brasileiros, é um dos autores do livro "Neoplasia trofoblástica gestacional". Formado em 1962 pela UFPR, em 2012 ele recebeu a Estatueta da Medicina e o Diploma de Mérito Ético-Profissional pelos 50 anos dedicados à atividade de forma exemplar. O Dr. Bruno tem dois filhos médicos, os Drs. Marcos Artigas Grillo e Maurício Artigas Grillo.



Dr. Isac Bruck, homenageado como médico do ano de 2013, ladeado pelos acadêmicos Gilberto Minguetti e Bruno Grillo.

Durante a solenidade de posse, a Academia também prestou homenagem ao Dr. Isac Bruck, simbolizando o Médico do Paraná de 2013. A conselheira Keti Stylianos Patsis representou o Conselho de Medicina no evento.

A Academia tem 50 acadêmicos titulares, 31 acadêmicos honorários e mais oito acadêmicos eméritos.

Confira o novo quadro diretor:

Presidente: Bruno Maurizio Grillo

Vice-Presidente: Aristides de Athayde Neto

Secretário-Geral: Avelino Ricardo Hass

Secretário-Adjunto: Henrique de Lacerda Suplicy

Primeiro-Tesoureiro: Sérgio Brenner

Segundo-Tesoureiro: Luiz Carlos Pereira

Primeiro Diretor Científico: José Fernando Macedo

Segundo Diretor Científico: Valdir de Paula Furtado

Diretor-Social: Renato Araújo Bonardi

Diretor de Publicação: Nicolau Gregori Czezcko

Diretor de Patrimônio: Acelino Corrêa Bueno Filho

Conselho Fiscal - Titulares:

Hélio Germiniani

João Batista Marchesini

Sergio Fonseca Tarlé

Conselho Fiscal - Suplentes:

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho

Sanito Wilhelm Rocha

Sérgio Bruno Bonatto Hatschbach



Hélio Germiniani, ex-presidente, e seu sucessor Bruno Maurizio Grillo.

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

**ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA
DE ASSUNTOS E AUTORES**

NÚMEROS 117 A 120/2013

OBSERVAÇÕES

- 1** - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2** - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3** - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4** - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5** - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6** - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou e-mail à biblioteca;
- 7** - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8** - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 9** - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-PR.

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Aborto					Comissões	118	116	30	2013
Autonomia	118	98	30	2013	De Controle de Infecção	118	119	30	2013
Conselho Medicina	118	103	30	2013	De Ética	118	117	30	2013
Descriminalização	118	101	30	2013	De Ética	119	178	30	2013
Ética	118	98	30	2013	De Revisão de Óbitos	118	118	30	2013
Legislação	118	103	30	2013	De Revisão de Prontuários	118	117	30	2013
Religião	118	101	30	2013	Parecer CFM 04/2013	118	116	30	2013
Albuquerque, Antonio Celso C.					Cooperativa Médica				
Artigo	118	124	30	2013	Atendimento Particular	118	127	30	2013
Anabolizantes	119	176	30	2013	Autonomia médica	118	127	30	2013
Anencefalia	117	47	30	2013	Autonomia médica	119	181	30	2013
Anestesia					Consulta Médica	119	181	30	2013
Avaliação Pré-anestésica	118	132	30	2013	Contrato	119	181	30	2013
Relação Médico-paciente	118	132	30	2013	Especialidade Médica	118	127	30	2013
Antibióticos	117	51	30	2013	Honorários	118	127	30	2013
Apiterapia					Corso, Clovis Marcelo				
Evidência Científica	118	137	30	2013	Artigo	118	132	30	2013
Legislação	118	137	30	2013	Di Franco, Carlos Alberto	118	103	30	2013
Técnica	118	137	30	2013	Artigo	118	103	30	2013
Assinatura Digital	117	67	30	2013	Diagnóstico por imagem				
Atestado Médico					Assinatura Digital	117	67	30	2013
CID	117	59	30	2013	Identificação do Paciente	117	67	30	2013
Honorários	117	59	30	2013	Laudo (Internet)	117	67	30	2013
Legislação	117	59	30	2013	Dignidade Humana	117	22	30	2013
Normalização	117	59	30	2013	Embrião				
Nova Redação	117	64	30	2013	Conselho de Medicina	118	103	30	2013
Normalização	117	59	30	2013	Criopreservação	118	112	30	2013
Benzoni, Lisete Rosa e Silva					Doação (normas)	118	111	30	2013
Artigo	119	181	30	2013	Engenharia genética	117	14	30	2013
Bioética	117	19	30	2013	Escolas Médicas	119	158	30	2013
Cardoso, Florentino	118	98	30	2013	Especialidade Médica	118	122	30	2013
Câmeras de Vigilância					Código de Ética art. 115	118	123	30	2013
Inconstitucionalidade	118	124	30	2013	Credenciamento	118	123	30	2013
Privacidade	118	124	30	2013	Doppler Vascular	118	121	30	2013
Sigilo médico	118	124	30	2013	Infração Ética	118	123	30	2013
Campos Júnior, Dioclécio					Exames Laboratoriais				
Artigo	119	161	30	2013	Assinatura	119	185	30	2013
Cavalcanti, Emmanuel Fortes S.					Responsabilidade Técnica	119	185	30	2013
Artigo	119	178	30	2013	Genética Médica	117	25	30	2013
Comissão de Ética Médica					Genoma Humano	117	24	30	2013
Remuneração	119	178	30	2013	Guelmann, Jayme Benjamin				
					Artigo	119	191	30	2013

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Gusmão, Aucélio					Paciente Terminal				
Artigo	118	106	30	2013	Autonomia	118	106	30	2013
História da Medicina					Testamento Vital	118	106	30	2013
Curso Oswaldo Cruz	119	191	30	2013	Penido Monteiro				
Farmácia	118	142	30	2013	Homenagem	119	164	30	2013
Homeopatia	117	79	30	2013	Memória	119	164	30	2013
Museu de Medicina	118	142	30	2013	Programa Mais Médicos	119	158	30	2013
Museu de Medicina	119	191	30	2013	Ato Médico	119	163	30	2013
Preparatório de Vestibular	119	191	30	2013	Prontuário	117	55	30	2013
Santa Casa de Misericórdia	118	142	30	2013	Reprodução Assistida	118	108	30	2013
Waldemiro Pereira	117	79	30	2013	Gestação de Substituição	118	113	30	2013
Homeopatia					Resolução CFM nº 1552/1999				
História	117	79	30	2013	Antibióticos	117	51	30	2013
Waldemiro Pereira	117	79	30	2013	Infecção Hospitalar	117	51	30	2013
Honorários Médicos					Prescrição	117	51	30	2013
Cobrança adicional	117	71	30	2013	Resolução CFM nº 1638/2002				
Comércio	117	71	30	2013	Comissão de Revisão	117	55	30	2013
Material Descartável	117	71	30	2013	Definição	117	55	30	2013
Hormônio de Crescimento	119	176	30	2013	Prontuário	117	55	30	2013
Infecção Hospitalar	117	51	30	2013	Resolução CFM nº 1658/2002				
Kastrup, Monica De Biase Wright					Atestado Médico	117	59	30	2013
Artigo	117	75	30	2013	Honorários	117	59	30	2013
Laboratório Clínico					Normalização	117	59	30	2013
Registro no Conselho	119	185	30	2013	Resolução CFM nº 1851/2008				
Madruga, Dalvédio de Paiva					Atestado Médico	117	64	30	2013
Artigo	118	121	30	2013	Normalização	117	64	30	2013
Meinão, Florisval					Resolução CFM nº 1989/2012				
Artigo	118	98	30	2013	Antecipação do Parto	117	47	30	2013
Menor					Diagnóstico de anencefalia	117	47	30	2013
Acompanhante	119	174	30	2013	Interrupção de gravidez	117	47	30	2013
Consulta Médica	119	174	30	2013	Resolução CFM nº 2007/2013				
Moraes, Ana Maria Silveira Machado de					Direção Técnica	119	167	30	2013
Artigo	119	185	30	2013	Especialidade Médica	119	168	30	2013
Moro, Carlos Alberto					Resolução CFM nº 2011/2013				
Artigo	119	164	30	2013	Auditores	117	53	30	2013
Murad, Celso					Equipes Desportivas	117	53	30	2013
Artigo	119	174	30	2013	Visto Provisório	117	53	30	2013
Nascimento, Juliana Oliveira					Resolução CFM nº 2012/2013				
Artigo	117	14	30	2013	Eventos, infraestrutura	117	40	30	2013
Nassif, Antonio Celso Nunes					Médico estrangeiro	117	40	30	2013
Artigo	119	158	30	2013	Organização Médica	117	40	30	2013
Oliveira, Lutero Marques de					Resolução CFM nº 2013/2013				
Artigo	117	67	30	2013	Normas Técnicas	118	108	30	2013

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Reprodução Assistida	118	108	30	2013	Stahlke, Ewalda Von Rosen Seeling				
Resolução CFM nº 2021/2013					Artigo	118	137	30	2013
Ato Médico	119	170	30	2013	Terminalidade	118	107	30	2013
Teste Ergométrico	119	170	30	2013	Torres, Júlio Rufino				
Revogada					Artigo	119	176	30	2013
Resolução CFM nº 1957/2010	118	108	30	2013	Urban, Cícero	118	101	30	2013
Ribeiro, Mauro Luiz de Brito					Vaz, Eduardo da Silva				
Artigo	118	116	30	2013	Artigo	119	161	30	2013
Sibutramina	117	75	30	2013	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Obesidade	117	75	30	2013	Artigo	117	79	30	2013
Resol. ANVISA nº 52/2007	117	76	30	2013	Artigo	118	142	30	2013
Transtornos	117	76	30	2013	Artigo	119	191	30	2013
Sistema de Saúde	119	161	30	2013	Yosida, Roberto Issamu				
Souza, José Albertino de					Artigo	118	127	30	2013
Artigo	118	121	30	2013	Artigo	117	71	30	2013

RESTRIÇÃO AO FUMO, INICIATIVA QUE COMEÇOU COM ERASTO GAERTNER

SMOKING BAN, AN INITIATIVE THAT BEGAN WITH ERASTUS GAERTNER

*Ehrenfried Othmar Wittig**

CMC**

Palavras-chave – *Cigarro, restrição, meio ambiente, saúde, transporte coletivo, Erasto Gaertner.*

Keywords – *Cigarette restriction, environment, health, public transport, Erasto Gaertner.*

Imagine a seguinte cena: você pega um ônibus lotado, no inverno, quando as janelas costumam estar fechadas, e um passageiro que está ao seu lado acende um cigarro, causando incômodo aos outros ocupantes do veículo que não fumam. A situação descrita parece inconcebível para os dias atuais, mas era comum em Curitiba até o início dos anos 1950. No entanto, o velho hábito teve que ser deixado de lado a partir de 1952, quando a Câmara Municipal aprovou a primeira lei com restrições ao fumo na cidade.

A proibição era válida apenas para o interior dos veículos de transporte coletivo urbano e constava na Lei nº 527, de autoria do então vereador Portella Natel. No anteprojeto apresentado, o parlamentar defendia que a medida iria proporcionar maior conforto aos usuários do sistema. Diz o documento que “éssa comodidade

*Professor. Diretor do Museu da História da Medicina da Associação Médica do Paraná

** Câmara Municipal de Curitiba, arquivo de notícias

deve estender-se, também, áqueles que, avessos ao vício do fumo – e especialmente às Senhoras – sentem-se constrangidos, como é natural, quando são obrigados a respirar um ar viciado pela fumaça dos cigarros, charutos e mesmo cachimbos, quando se encontram dentro dos ônibus, bondes e lotações de nossa cidade”. Note-se que a preocupação do legislador é com o constrangimento social causado pela incômoda fumaça, sem acrescentar informações sobre os riscos à saúde das pessoas.

Outra curiosidade desta lei é o fato de ela ter sido sancionada pelo então prefeito Erasto Gaertner, que era médico e um dos poucos representantes da categoria a ocupar esse cargo na Capital. Ele foi um dos fundadores da Liga Paranaense de Combate ao Câncer e, em seu mandato, doou um terreno de 62.500 m² à entidade, destinado à construção do que hoje é o Hospital Erasto Gaertner, referência no tratamento de câncer no sul do país.

Vivia-se ainda a chamada “época de ouro” do cigarro, iniciada com a Primeira Guerra Mundial (1914) e que perdurou até os anos 1970, quando começaram a ser divulgadas as primeiras pesquisas científicas sobre os malefícios do fumo. Neste período, a indústria tabagista utilizava a propaganda para destacar as qualidades de seu produto e questionava estudos que ligavam o consumo do tabaco ao surgimento de doenças. Médicos, artistas de cinema, crianças e até o Papai Noel foram utilizados nestes anúncios.

Em 1971, nova legislação foi aprovada. Porém, a proibição permanecia restrita aos veículos do transporte coletivo. A regulamentação avançou, prevendo a retirada do infrator do carro e multa de um salário mínimo ao motorista ou cobrador que permitisse o descumprimento da norma. Passados sete anos, a proibição foi estendida aos supermercados e estabelecimentos que comercializavam gêneros alimentícios, ou de fácil combustão.

Mas foi somente em 1980 que a cidade ganhou uma legislação mais abrangente, que vedava o fumo em recintos fechados “onde fosse obrigatório o trânsito ou a permanência de pessoas”. O dispositivo proibia o fumo em elevadores, áreas comuns de hospitais, auditórios, museus, bibliotecas e salas de exposição. Entretanto, havia exceções para bares, lanchonetes, restaurantes e comércios similares. Também era permitida a existência de espaços reservados aos fumantes, que foram batizados de fumódromos.

Outra medida isolada foi a restrição ao fumo nos táxis, em 1988. Contudo, foi recentemente que os vereadores aprovaram medidas mais duras, que criaram ambientes 100% livres do cigarro. Em 11 de novembro de 2009, entrou em vigor a Lei nº 13.254, que proíbe o fumo em ambientes fechados de uso coletivo, inclusive em bares, lanchonetes e restaurantes. Com o novo regulamento, só é permitido fumar ao ar livre, em residências, locais de culto religioso, em que o produto fumígeno faça parte do ritual, instituições de tratamento de saúde, para pacientes com autorização médica, tabacarias e em quartos de hotel.

OUTRAS RESTRIÇÕES

Além destas determinações, foram criadas leis específicas, que proíbem, além do consumo, a comercialização do cigarro. Em 2008, as casas de jogos de computador receberam essa restrição, que foi estendida às instituições de ensino ou de saúde, em 2009. Também houve preocupação dos vereadores em limitar as propagandas de cigarro. Com este objetivo, foi proibida a veiculação deste tipo de publicidade nos veículos do transporte coletivo (1985), em painéis luminosos com mapas da cidade, que foram explorados pela iniciativa privada (1997), táxis e vans, (2001) e todo o mobiliário urbano (2004).

O Legislativo também editou medidas educativas sobre o assunto. A partir de 2003, as escolas da rede municipal ficaram obrigadas a realizar palestras preventivas ao uso de drogas. Entre elas, o cigarro. Outra ação nesse sentido foi aprovada em 2004, e determina a todos os estabelecimentos de ensino a divulgação de cartazes com a expressão “O fumo e a bebida alcoólica são terrivelmente prejudiciais à saúde: a droga mata”.

ERASTO GAERTNER

Erasto Gaertner nasceu em Curitiba em 24 de abril de 1900 e faleceu em 19 de maio de 1953, quando estava em pleno mandato de prefeito da capital paranaense. Ele tinha tomado posse em 1951.

Filho de Luiz Gaertner e Dona Maria Tertuliana Fagundes



dos Reis Gaertner, concluiu o curso secundário em 1917 e logo após foi nomeado para trabalhar nos Correios e Telégrafos. Em 1920 ingressou na Faculdade de Medicina do Paraná e, em 1923, transferiu-se para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, formando-se em 1925. Especializou-se em Cirurgia Geral, efetuando o aperfeiçoamento médico em cursos na Europa. Aos 27 anos tornou-se professor da Faculdade de Medicina em Curitiba. Além de professor, foi diretor do Departamento Médico Legal do Paraná e do Leprosário São Roque. Fundou o Instituto de Medicina do Paraná e a Liga Paranaense de Combate ao Câncer .



Em 1934 foi eleito deputado estadual, cargo que ocupou até 1937, quando ocorre o Estado Novo de Getúlio Vargas. Ajudou a fundar a União Democrática Nacional e com este partido foi eleito deputado federal em 1945. Ao terminar o mandato na Câmara dos Deputados, ocupou uma das pastas de secretário de estado do governador Bento Munhoz da Rocha Neto. Também foi ministro da Educação na presidência de João Café Filho

Em 3 de outubro de 1951, tornou-se prefeito de Curitiba . Em seu mandato, com ajuda da esposa, Anita Mery Gaertner, idealizou o Hospital do Câncer (atualmente denominado de Hospital Erasto Gaertner). Outro benefício para a cidade, foi a importação, direto da Alemanha, da primeira usina de asfalto da cidade, montada onde hoje fica o Teatro Paiol .

Além do hospital, batizado com o seu nome, a antiga Av. Nossa Senhora da Luz (em Curitiba), foi rebatizada para Avenida Prefeito Erasto Gaertner, em homenagem ao médico e político curitibano.

Para doações e correspondências: Secretaria da AMP

Telefone: (41) 3024-1415 | Fax: (41) 3242-4593

E-mail: amp@amp.org.br

Rua Cândido Xavier, 575 - 80240-280 - Curitiba/PR

Visite o Museu em nosso site: www.amp.org.br

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

