

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 33 - n. 132 - Out/Dez - 2016



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRM-PR, 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.

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Hernani Vieira (Sindicor 816)

JORNALISTAS ASSISTENTES

Bruna Bertoli Diegoli

Amália Dornellas

ASSISTENTE

Flávio Kuzuoka

DIAGRAMAÇÃO

Victória Romano

BIBLIOTECÁRIA / ÍNDICE REMISSIVO

Gisele Glock

TRADUÇÃO

Lisandra Pezoti

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica

ENDEREÇOS

CRM-PR

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
comunicacao@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

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

GESTÃO 2013/2018

DIRETORIA - 01/06/2015 a 31/01/2017

Presidente:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
Vice-Presidente:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
Secretário Geral:	Cons.	Maurício Marcondes Ribas
1ª Secretária:	Cons ^a .	Keti Stylianos Patsis
2º Secretário:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior
1º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
2º Tesoureiro:	Cons.	Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
1º Corregedor:	Cons.	Álvaro Vieira Moura
2º Corregedor:	Cons.	Mauro Roberto Duarte Monteiro

CONSELHEIROS

Adônis Nasr	José Clemente Linhares
Afrânio Benedito Silva Bernardes	Julierme Lopes Melinger
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Keti Stylianos Patsis
Alexandre Gustavo Bley (<i>licenciado em 26/03/14</i>)	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 (<i>licenciado em 30/04/14</i>)	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
Hélcio Bertolozzi Soares
Gerson Zafalon Martins
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Alexandre Gustavo Bley
Maurício Marcondes Ribas

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

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 edição, 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, 2016;33(132):229-312

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

DELEGACIAS REGIONAIS

APUCARANA

Eduardo Henrique Felipe de Paula (Diretor)
Ribamar Leonildo Maroneze (Vice-Diretor)
Sérgio Seidi Uchida (Secretário)
Artur Palú Neto
Leonardo Marchi
Osmar Yoshiyuki Sigueoka
Pedro Elias Batista Gonçalves
Pieker Fernando Migliorini

CAMPO MOURÃO

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

CASCATEL

Roberto Augusto Fernandes Machado (Diretor)
Pedro Paulo Verona Pérsio (Vice-Diretor)
Karin Erdmann (Secretária)
Amaury Cesar Jorge
André Pinto Montenegro
Antônio Carlos de Andrade Soares
Fábio Scarpa e Silva
Hi Kyung Ann
Juliana Gerhardt
Keith de Jesus Fontes

CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ

Bruno Bertoli Esmanhoto (Diretor)
José Antônio Ferreira Martins (Vice-Diretor)
Marcelo Henrique de Almeida (Secretário)
Arare Gonçalves Cordeiro Júnior
Filipe Carlos Caron
Guilherme Mattioli Nicollelli

FOZ DO IGUAÇU

Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)
Eduardo Hassan (Vice-Diretor)
Jacilene de Souza Costa (Secretária)
Juliana Leme Mendonça
Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Luiz Cláudio Casagrande
Luiz Henrique Zaions
Marco Aurélio Farinazzo
Pablo Zanatta

FRANCISCO BELTRÃO

Márcio Ramos Schenato (Diretor)
Irno Francisco Azzolini (Vice-Diretor)
Vicente de Albuquerque Maranhão Leal
(Secretário)
Aryzone Mendes de Araujo Filho
Badwan Abdel Jaber
Cícero José Bezerra Lima
Eduardo Katsusi Toshimitsu
José Bortolas Neto
Mary Angela Sabadin
Rubens Fernando Schirr

GUARAPUAVA

Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda (Diretora)
Anderson Vinícius Kugler Fadel (Vice-Diretor)
Mariana Saciloto Cramer (Secretária)
Amélia Cristina Araújo
Antônio Marcos Cabrera Garcia
Décio Yvan Sanches Filho
Frederico Guilherme Keche Virmond Neto
Gabriel Odebrecht Massaro
Letícia Domingos

LONDRINA

Alcindo Cerci Neto (Diretor)
João Henrique Steffen Júnior (Vice-Diretor)
Fátima Mitsie Chibana Soares (Secretária)
Antônio Caetano de Paula
Fábio Ferreira Lehmann

Ivan José Blume de Lima Domingues
Luiza Kazuko Moriya
Mário Machado Júnior
Naja Nabut
Pedro Humberto Perin Leite

MARINGÁ

Márcio de Carvalho (Diretor)
Vicente Massaji Kira (Vice-Diretor)
Paulo Roberto Aranha Torres (Secretário)
Ana Maria S. Machado de Moraes
Cesar Helbel
Fabiola Menegoti Tasca
Kátia Hitomi Nakamura
Luiz Alberto Mello e Costa
Manuel Duarte Gilberto

PARANAÍ

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

PATO BRANCO

Pedro Soveral Bortot (Diretor)
José Renato Pederiva (Vice-Diretor)
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)
Artemio Juraci Cardoso da Silva
Elisabeth Ostapiv Correa
Ivaí Saião Aranha Falcão de Azevedo
Geraldo Sulzbach
Giancarlo Bergamini Vannucchi
Fernando Gortz
Vanessa Bassetti Prochmann Esber

PONTA GROSSA

Ladislao Obrzut Neto (Diretor)
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro (Vice-Diretora)
André Scartezini Marques (Secretário)

Joelson José Gulin
Luiz Jacintho Siqueira
Meierson Reque
Northon Arruda Hilgenberg
Rubens Adão da Silva

RIO NEGRO

Militino da Costa Júnior (Diretor)
Leandro Gastim Leite (Vice-Diretor)
Jacy Gomes (Secretário)
Anderson Aurélio de Almeida
Cláudio Veiga Lopes
Helton Boettcher
Jonas de Mello Filho

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

José Mário Lemes (Diretor)
Celso Aparecido Gomes de Oliveira (Vice-Diretor)
Sergio Bachtold (Secretário)
Carlos Roberto Bertoni
Elenir Dólis Godoy
Elizabeth Candido da Lozzo
Hélio Renato Lechinewski

TOLEDO

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

UMUARAMA

Sandra Mara Oliver Martins Aguilar (Diretora)
Augusto Legnani Neto (Vice-Diretor)
Fabiano Correa Salvador (Secretário)
Alexandre Thadeu Meyer
Antônio Francisco Ruaro
Deraldo Mancini
Edson Morel
Juscélio de Andrade
Osvaldo Martins de Queiroz Filho
Silvio Roberto Correa

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

Na voz do povo: justiça e confiança

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima 240

Os órfãos dos planos de saúde

Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen 243

RESOLUÇÃO CFM

Fixados critérios para melhorar fluxo de atendimento médico em UTIs

CFM 245

Atribuições, direitos e responsabilidades de diretores técnicos e clínicos

CFM 256

Atualizado regramento das comissões de ética nos serviços de saúde

CFM 269

RESOLUÇÃO CRM-PR

Nomeação e remuneração de defensores dativos e médicos peritos

CRM-PR 282

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PARECER CFM

Preenchimento de formulários de empresas seguradoras

José Albertino Souza 286

PARECER CRM-PR

Traqueostomia, cricotireoidostomia e intubação traqueal são atividades privativas do médico

Fábio Luiz Ouriques 293

Consulta realizada por profissionais de fisioterapia e o rol de procedimentos da ANS

Fábio Luiz Ouriques 297

Auditoria médica: acesso ao prontuário eletrônico e uso de imagem digital de documentos

Carlos Roberto Goytacaz Rocha 303

ÍNDICE REMISSIVO 305

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Hospital Alemão

Ehrenfried Othmar Wittig 309

NA VOZ DO POVO: JUSTIÇA E CONFIANÇA

IN THE VOICE OF THE PEOPLE: JUSTICE AND CONFIDENCE

*Carlos Vital Tavares Corrêa Lima **

Palavras-chave – *Medicina, cidadania, políticas públicas, democracia, injustiça.*

Keywords – *Medicine, citizenship, public policies, democracy, injustice.*

Os compromissos vocacionais dos médicos brasileiros, de caráter hipocrático, foram questionados nos últimos anos, sem qualquer fundamento consistente.

Não se trata aqui de pseudo expectativa da medicina como uma ciência apodítica ou cartesiana e dos decorrentes conflitos, levados em pratos irrecusáveis aos banquetes judiciais das ações por perdas e danos.

No interregno dos anos de 2013 a 2016, a classe médica sofreu agressões motivadas por interesses mercenários e de políticas autocráticas, em um contexto de democracia racionada, corrupção, populismo e propaganda enganosa.

Nesse período de injustiça, autoridades governamentais, em mensagens falaciosas e com grande desperdício do erário, transferiram aos médicos as suas responsabilidades pelo descaso com a saúde pública. Tanto pela precariedade da atenção

* É presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM). Editorial publicado na edição n.º 260 do *Jornal Medicina*, do CFM.

primária quanto pelos hospitais de campanha, onde falta tudo ou quase tudo e tornou-se frequente imperativo, nas “Escolhas de Sofia”, a representação não autorizada do “Criador”.

A ausência do Estado favoreceu a prosperidade das personalidades que exploram a dor, o infortúnio e a doença, provocando uma maior e insustentável demanda ao Poder Judiciário, na esperança de que a Justiça preservasse o bem da saúde.

No lugar comum das injustiças, atribuiu-se aos médicos a culpa por um maior volume dos litígios judiciais. Foi olvidada a óbvia dedução de que, se um dos Três Poderes da República está assoberbado, os outros dois devem estar ociosos ou não atuar com competência.

Em definitivo e de modo genérico, o ônus da culpa por essa judicialização, cognome repetido como um mantra na intenção de estigma opressor do Poder Judiciário, não cabe aos médicos.

A falta de leitos hospitalares, de radioterapia e quimioterapia, de tratamentos oncológicos, de insumos, de medicamentos inseridos nas cestas básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), de medicações efetivas para os portadores de doenças raras ou negligenciadas, bem como a limitada e simbólica disponibilidade de droga eficaz para a cura da hepatite C, a inexistência de terapias imunobiológicas e de erradicação da tuberculose multirresistente são, apenas, alguns exemplos das distorções ocasionadas pela inércia do Ministério da Saúde.

Tal negligência é reflexo de irreverência aos preceitos constitucionais e de incompetência administrativa, evidenciada pela incapacidade de investimentos nos últimos 14 anos de R\$ 136,7 bilhões, autorizados e disponíveis em um inadequado orçamento.

Vale a pena ressaltar que, neste âmbito jurídico ou de judicialização, não há embate entre as garantias individuais e princípios da Carta Magna. O Supremo Tribunal Federal (STF), em parâmetros de razoabilidade e risco de perdas inestimáveis, determinou, em sábias decisões, a precedência do Princípio do Mínimo Existencial ao Princípio da Reserva do Possível.

Nas diretrizes de probidade, competência e racionalidade é direito e dever ético, moral e jurídico dos médicos, o zelo pela saúde do ser humano, consequência constitucional indissociável da vida.

Por sua vez, o Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação, no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.

Apesar dos aviltamentos, das difamações da categoria médica e das deserções dos postulados morais por parte de poucos médicos, a população ainda preserva a outorga de crédito à imensa maioria da classe.

O povo reconhece o mérito na rotina da prática médica, visualiza a perícia, a diligência, a prudência, a humildade e a compaixão nos esforços profissionais dispendidos. Os médicos não são julgados pelas causalidades do destino, construído pelas irresponsabilidades de terceiros!

A memória popular registra os diálogos francos e humanamente paritários entre os médicos e seus pacientes, que fazem nascer e renascer relações fiduciárias, radicadas no denso valor ético-social da recíproca confiança.

Estas assertivas não retóricas ou desprovidas de razão têm lastro em uma recente pesquisa, solicitada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ao Instituto Datafolha, realizada nos meses de agosto e setembro deste ano, com o objetivo de identificar as atividades profissionais depositárias de maior credibilidade populacional.

Na procura da opinião popular, o citado Instituto de Pesquisa, com metodologia resistente às críticas, entrevistou diversos segmentos da população em todo o País e os resultados demonstraram que a Medicina está no “topo do ranking” da confiança.

No universo de 2.086 entrevistados, 26% indicaram os médicos como os profissionais mais merecedores de crédito. Na sequência, surgiram os professores com 24% e os bombeiros com 15% de aprovação nas opiniões emitidas, que foram colhidas de forma homogênea, considerando-se diferentes aspectos, como local de moradia (capital e interior), gênero, faixa etária e grau de escolaridade.

Assim, o cidadão brasileiro ao externar a sua convicção de integridade e resolubilidade do médico, em péssimas condições de trabalho, fez justiça ao seu desempenho no mister da medicina, verdadeiro exercício da cidadania, em tempo integral e no mais elevado patamar da consciência.

OS ÓRFÃOS DOS PLANOS DE SAÚDE

THE ORPHANS OF HEALTH PLANS

*Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen**

Palavras-chave – *Constituição, saúde suplementar, assistência, benefício, prevenção, financiamento, crise.*

Keywords – *Constitution, supplementary health, assistance, benefit, prevention, financing, collapse.*

Apesar de terem surgido no Brasil na década de 1950, foi com a promulgação da Carta Magna de 1988 que as empresas do segmento da saúde suplementar ampliaram sua atuação no País. Pelo texto constitucional, em seu artigo 199, as instituições privadas ganharam a possibilidade de oferecer serviços médicos e hospitalares de forma a suplementar as dificuldades do Estado em suprir as demandas de parte da população.

Por sua vez, esses indivíduos, direta ou indiretamente, assumem o custeio dessa assistência. Assim, esse segmento no Brasil cresceu a tal ponto que passou a ser o maior mercado privado de serviços relacionados à saúde da América Latina. Dados recentes apontam a existência de mais de 1,3 mil operadoras que respondem pelo atendimento de cerca de 50 milhões de pessoas, a grande maioria formada por beneficiários dos chamados planos empresariais, pelos quais os empregadores assumem o pagamento integral ou parcial do benefício.

No entanto, a existência desse sistema privado não representa a desoneração do setor público na oferta da assistência para a população. Considerando-se os

* É 1º secretário do Conselho Federal de Medicina (CFM).

princípios da universalidade, integralidade e equidade que orientam o modelo de atenção público brasileiro, o fato de um indivíduo pagar um plano de saúde privado não o exclui da responsabilidade constitucional do Estado de lhe assegurar acesso aos cuidados que necessita nas etapas da prevenção e do tratamento de doenças.

Deste modo, o planejamento que deve orientar a implementação das políticas públicas de saúde e a execução do orçamento disponível para o custeio e o investimento nas ações decorrentes não podem ser feitos calculando-se uma população menor que a existente. Somos 204 milhões de cidadãos, não 154 milhões, e a lei é clara ao estender o direito de acesso à saúde oferecida pelo Estado a todos os brasileiros.

Além disso, os bons gestores – atentos às turbulências que o país atravessa – também não podem ignorar que a qualquer tempo esse contingente considerável de beneficiários da cobertura dada pelas operadoras pode voltar a depender exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), como já se vê na prática. Trata-se de uma movimentação que contribuirá para o crescimento de demanda por acesso a consultas, exames, procedimentos, internações e cirurgias, entre outros pontos.

Deste modo, os primeiros sinais do impacto da recessão econômica no Brasil na contratação de planos de saúde soam com alerta ao governo, exigindo-lhe a adoção de medidas urgentes que impeçam o aumento da atual crise no atendimento da rede pública. Afinal, a tendência, pelo menos durante os próximos anos, é de que as filas aumentem com milhões de vítimas da crise econômica.

Em outras palavras, evidencia-se uma relação direta entre taxa de desocupação, aferida pelo IBGE, e redução total de benefícios de planos coletivos. São milhares de brasileiros sem condições de pagar seus planos privados ou que não têm mais o direito de utilizá-los devido à perda do emprego, que serão obrigados a migrar para a rede pública que, por sua vez, já sofre com problemas graves de financiamento e de gestão.

Diante de perspectivas sombrias, evidentemente, os compromissos constitucionais com a sociedade não podem ser ignorados. As políticas públicas fundamentais, como o acesso à saúde por meio do SUS, devem ser tratadas com a devida prioridade pelos gestores. Devem ser entendidas como ações de Estado, não de Governo.

É isso que o país espera para superar as dificuldades atuais, mantendo-se a confiança de que serão respeitados todos os avanços conquistados pela sociedade. Afinal, saúde é um direito de todos e dever do Estado.

FIXADOS CRITÉRIOS PARA MELHORAR FLUXO DE ATENDIMENTO MÉDICO EM UTIS

FIXED CRITERIA TO IMPROVE THE FLOW OF MEDICAL CARE IN INTENSIVE CARE UNITS

CFM *

Palavras-chave – *UTI, intensivistas, diagnóstico, suporte terapêutico, atendimento, cuidados paliativos.*

Keywords – *ICU, intensivists, diagnosis, therapeutic support, care, palliative care.*

EXPLICANDO A RESOLUÇÃO

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em 17 de novembro de 2016, no Diário de Oficial da União, a Resolução CFM nº 2.156/2016, que estabelece os critérios para indicação de admissão ou de alta para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que devem ser observados pelos médicos intensivistas. A norma tem como meta contribuir para a melhora do fluxo de acolhimento de pacientes em situação de instabilidade clínica, frente a oferta insuficiente de leitos de UTI, especialmente na rede pública, e a má distribuições das unidades em todo o Brasil.

Com a publicação da Resolução CFM nº 2.156/2016, elaborada pelos membros da Câmara Técnica de Medicina Intensiva do CFM e com contribuições da

*Conselho Federal de Medicina.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), o Conselho Federal oferece aos médicos parâmetros baseados em critérios clínicos, científicos e éticos para que os profissionais possam lidar com o desafio cotidiano de oferecer o melhor atendimento à população. Segundo a norma, as admissões em UTI deverão levar em consideração os seguintes aspectos: diagnóstico e necessidades do paciente; priorização com base em evidências clínicas; serviços médicos disponíveis na instituição; disponibilidade de leitos; e potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

CRITÉRIOS

Segundo o conselheiro federal por Minas Gerais e coordenador da Câmara Técnica de Medicina Intensiva, Hermann von Tiesenhausen, a necessidade de internação em UTI de pacientes pode, muitas vezes, superar a disponibilidade de leitos, sendo necessário, nesses casos, avaliar criteriosamente os casos com base nas evidências disponíveis de forma a permitir o melhor atendimento, afirmou. Pela Resolução CFM nº 2.156/2016, a admissão na UTI deve ser dada, prioritariamente, aos pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

Já os pacientes estáveis, que necessitam de monitorização intensiva contínua, por conta do alto risco de precisarem de intervenção imediata (com ou sem limitação de intervenção terapêutica), devem ser admitidos prioritariamente em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas).

Para pacientes com doença em processo terminal irreversível ou sem possibilidade de recuperação, o CFM recomenda as unidades de cuidados paliativos como as mais adequadas. No entanto, mesmo nestas situações, o ingresso desses pacientes em uma UTI pode ser justificado em caráter excepcional, “considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista”.

A Resolução CFM nº 2.156/2016 orienta que todas as solicitações de vagas para unidade de tratamento intensivo (UTI) deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante. Ela também determina que o serviço de UTI de cada instituição hospitalar desenvolva protocolos internos, baseados em critérios de internação e alta da nova norma, que estejam de acordo com as necessidades específicas dos pacientes, levando em conta as limitações do hospital, tais como tamanho da UTI e capacidade de intervenções terapêuticas. Esses

protocolos devem ser divulgados pelo diretor clínico ao corpo clínico do hospital e aos gestores do sistema de saúde.

MELHOR ACOLHIMENTO

De acordo com o 1º vice-presidente do CFM e correlator da Resolução CFM nº 2.156/2016, Mauro Luiz de Britto Ribeiro, pacientes com doença incurável e em fase terminal podem ser tratados com dignidade em outras unidades de internação, como enfermaria, apartamentos, unidades intermediárias e de unidades de cuidados paliativos. “É preciso ressaltar que, nestes casos, o médico deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, se for o caso”, explica.

Este entendimento é disciplinado no artigo 41 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09) e também na Resolução CFM nº 1.805/2006, que normatiza o atendimento a pacientes em fase terminal de doenças-crônicas. Esta última estabelece que, nesta etapa, é permitido ao médico, respeitando-se a vontade do paciente ou de seu representante legal, limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral,

Sobre a alta das unidades de terapia intensiva, Ribeiro esclarece que a Resolução CFM nº 2.156/2016 a permite desde que o paciente tenha seu quadro clínico controlado ou estabilizado. Paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo ou restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família, também é condição para a alta.

A Resolução determina ainda que as decisões sobre admissão e alta em UTI devem ser feitas de forma explícita, sem discriminação por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou quaisquer outras formas de discriminação. A norma estabelece também que a admissão e a alta UTI são de atribuição e competência do médico intensivista, levando em consideração a indicação médica, e devem ser comunicadas à família ou responsável legal.

PACIENTE CRÍTICO

Os pacientes que necessitam de internação em UTI têm gravidade e possibilidade de recuperação variáveis, segundo o documento. O paciente crítico pode necessitar, por exemplo, de intervenção imediata, pois, na maioria das síndromes associadas a falências orgânicas, o prognóstico é tempo-dependente. “Alguns estudos evidenciaram que uma demora de quatro horas, ou mais, para a admissão de paciente grave na UTI pode contribuir para o aumento da mortalidade e maior tempo de permanência na UTI para recuperação”, aponta a justificativa da Resolução.

A norma do CFM descreve como paciente crítico aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte. Estes necessitam de suporte para disfunções, como ventilação mecânica, hemodiálise e suporte circulatório mecânico. Também são considerados críticos os pacientes sem nenhuma falência orgânica, mas com alto risco de descompensação e que, por esse motivo, necessitam de vigilância e monitoração contínuas.

DÉFICIT E DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS

Segundo os relatores da Resolução, a complexidade envolvida no tratamento intensivo também envolve a oferta e distribuição dos leitos UTI no território nacional. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.101/2002, deve existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1 mil habitantes. Já a oferta necessária de leitos de UTI deve ficar entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares. O número ideal de leitos de UTI para cada grupo de 10 mil habitantes, deve ser de 1 a 3 unidades, o que é referendado pela AMIB.

Em maio de 2016, no entanto, levantamento divulgado pelo CFM com base nas informações do próprio Ministério da Saúde identificou a existência de 40.960 leitos de UTI em todo o Brasil (razão de 1,86/10.000 habitantes). Desse total, 20.173 leitos estavam disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) para atender, no mínimo, 150 milhões de pessoas que dependem exclusivamente dessa rede (razão de 0,95/10.000 habitantes). Já a saúde suplementar ou privada contava com 20.787 leitos, para atender em torno de 50 milhões de pessoas (razão de 4,5/10.000 habitantes).

Outra constatação do CFM foi a má distribuição dos leitos públicos e privados, pois apenas 505 dos 5.570 municípios brasileiros possuíam pelo menos um leito

de UTI. Além disso, dos 27 estados brasileiros, em 19 a razão de leitos de UTI por habitante na rede pública era inferior ao preconizado pelo próprio Ministério da Saúde. Isso ocorreu nas regiões Norte (exceto Rondônia), Nordeste (exceto Pernambuco e Sergipe) e Centro-Oeste, além dos estados do Rio de Janeiro e de Santa Catarina. No Acre, Roraima, Amapá e Maranhão o índice permanecia abaixo do ideal mesmo se considerados os leitos privados disponíveis nestes estados.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela 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 pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO que o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que, nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal;

CONSIDERANDO que é dever do médico a elaboração do prontuário, de forma legível, para cada paciente, e que faz parte do prontuário médico a descrição da evolução e do prognóstico do quadro clínico do paciente, assim como as definições das metas terapêuticas instituídas;

CONSIDERANDO que os serviços de tratamento intensivo têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco, com probabilidade de sobrevida e

recuperação, que exijam assistência médica ininterrupta, além de recursos tecnológicos e humanos especializados;

CONSIDERANDO que as unidades de tratamento intensivo estão normatizadas em regulamentação própria e específica, pela RDC Anvisa nº 07/2010, tendo, como responsável técnico, médico com titulação em medicina intensiva, registrada no Conselho Regional de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação e implementação das unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas) e paliativos para melhor utilização dos leitos de unidade de terapia intensiva;

CONSIDERANDO que a Comissão Mista de Especialidades, vinculada ao Conselho Federal de Medicina, foi instituída pelo Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, e tem entre suas competências definir as especialidades médicas no país;

CONSIDERANDO que a medicina intensiva é especialidade médica reconhecida pela Portaria da Comissão Mista de Especialidades nº 02/16, homologada pela Resolução CFM nº 2.149/16;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 28 de outubro de 2016,

RESOLVE:

Art. 1º – As admissões em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser baseadas em:

- I) diagnóstico e necessidade do paciente;
- II) serviços médicos disponíveis na instituição;
- III) priorização de acordo com a condição do paciente;
- IV) disponibilidade de leitos;
- V) potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

Art. 2º – A admissão e a alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) são de atribuição e competência do médico intensivista, levando em consideração a indicação médica.

Art. 3º – As solicitações de vagas para unidade de tratamento intensivo (UTI)

deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante.

Art. 4º – A admissão e a alta do paciente da unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser comunicadas à família e/ou responsável legal.

Art. 5º – São considerados critérios de admissão em unidade de tratamento intensivo (UTI) instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas, e monitoração intensiva.

Art. 6º – A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º – Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º – Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º – Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º – Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Art. 7º – Os pacientes classificados como Prioridade 2 ou 4, conforme descrito nos parágrafos 2º e 4º do art. 6º, devem prioritariamente ser admitidos em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas).

Art. 8º – Os pacientes classificados como Prioridade 5, conforme descrito no parágrafo 5º do art. 6º, devem prioritariamente ser admitidos em unidades de cuidados paliativos.

Art. 9º – As decisões sobre admissão e alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser feitas de forma explícita, sem discriminação por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 10 – Os critérios para alta das unidades de tratamento intensivo (UTI) são:

- a) Paciente que tenha seu quadro clínico controlado e estabilizado;
- b) Paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família.

Art. 11 – O serviço de unidade de tratamento intensivo (UTI) de cada instituição hospitalar deve desenvolver protocolos, baseados nos critérios de internação e alta desta resolução, que estejam de acordo com as necessidades específicas dos pacientes, levando em conta as limitações do hospital, tais como tamanho da UTI e capacidade de intervenções terapêuticas.

Parágrafo único. Os protocolos de admissão e alta na UTI devem ser divulgados pelo diretor clínico ao corpo clínico do hospital e aos gestores do sistema de saúde.

Art. 12 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 28 de outubro de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA, *Presidente*

LIMA HENRIQUE BATISTA E SILVA, *Secretário-Geral*

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um setor hospitalar de alta complexidade, onde se agregam recursos humanos e materiais para realizar suporte avançado de vida em situações críticas e no qual o objetivo é reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde do paciente crítico.

Entende-se como paciente crítico aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte, necessitando de suporte para as disfunções orgânicas, tais como ventilação mecânica, hemodiálise e suporte circulatório mecânico, e ainda os pacientes sem nenhuma falência orgânica, mas com

alto risco de descompensação e que, por esse motivo, necessitem de vigilância e monitoração contínuas.

As intervenções de suporte à vida consistem nas correções de disfunções orgânicas, comumente realizadas na UTI, como ventilação mecânica, terapia de substituição renal (hemodiálise), suporte circulatório mecânico (balão intra-aórtico, ECMO), suporte hemodinâmico com vasopressores e/ou inotrópicos e manobras de reanimação cardiopulmonar e cerebral.

Os pacientes em risco de descompensação podem necessitar de monitoração intensiva e contínua neurológica (neurocheck, escala de coma de Glasgow), hemodinâmica (cateter de Swan-Ganz, ritmo cardíaco, pressão arterial invasiva), respiratória (oximetria de pulso) e renal (diurese).

O paciente crítico pode necessitar de intervenção imediata, pois, na maioria das síndromes associadas a falências orgânicas, o prognóstico é tempo-dependente.

Alguns estudos evidenciaram que uma demora de quatro horas, ou mais, para a admissão de paciente grave na UTI pode contribuir para o aumento da mortalidade e maior tempo de permanência na UTI para recuperação.

Devido à complexidade envolvida no tratamento intensivo, a criação de novos leitos demanda planejamento, investimento e capacitação de equipe a fim de preservar a qualidade e a segurança nos cuidados necessários a esse tipo de tratamento.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.101/2002, deve existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1 mil habitantes. Já a oferta necessária de leitos de UTI deve ficar entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares. O número ideal de leitos de UTI para cada grupo de 10 mil habitantes, deve ser de 1 a 3 unidades, o que é referendado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Recomenda-se que o número de leitos de UTI em um hospital seja proporcional ao número total de leitos da instituição e ao seu perfil de atendimento, variando em torno de 10% a 25% no Brasil. Em algumas situações, o número de leitos pode ser insuficiente.

Em maio de 2016, o Conselho Federal de Medicina fez levantamento com base nas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e identificou 40.960 leitos de UTI em todo o Brasil (razão de 1,86/10.000 habitantes).

Desse total, 20.173 leitos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) para

atender, no mínimo, 150 milhões de pessoas que dependem exclusivamente dessa rede (razão de 0,95/10.000 habitantes).

Já a saúde suplementar/privada conta com 20.787 leitos, para atender em torno de 50 milhões de pessoas (razão de 4,5/10.000 habitantes).

Um fato que se destaca, a partir da análise dos números do CNES, é a má distribuição dos leitos públicos e privados, pois apenas 505 dos 5.570 municípios brasileiros possuem UTI. Além disso, dos 27 estados, em 19 a razão de leitos de UTI por habitante na rede pública é inferior ao preconizado pelo próprio Ministério da Saúde. Isso ocorre nas regiões Norte (exceto Rondônia), Nordeste (exceto Pernambuco e Sergipe) e Centro-Oeste, além dos estados do Rio de Janeiro e de Santa Catarina. No Acre, Roraima, Amapá e Maranhão o índice permanece abaixo do ideal mesmo se considerados os leitos privados disponíveis nestes estados.

Outro ponto que merece destaque é a falta de critérios adequados de triagem para admissão na UTI. É muito comum a admissão na UTI de pacientes em condições muito graves e com baixa perspectiva de benefício, submetidos muitas vezes a intervenções de suporte a diferentes disfunções orgânicas, inúteis ou obstinadas, que podem contribuir para prolongar o processo de morte natural e, algumas vezes, com maior sofrimento dos pacientes. Por outro lado, pacientes estáveis, necessitando apenas de monitoração, poderiam se beneficiar com o internamento em uma unidade de cuidados intermediários (semi-intensiva), aliviando a sobrecarga das UTIs.

As unidades de cuidados intermediários podem contribuir tanto para evitar a admissão na UTI de paciente estável, que necessita apenas de monitoração, como para facilitar a alta da UTI de um paciente recuperado, mas que ainda requer cuidados que não podem ser oferecidos na enfermaria.

A necessidade de internação em UTI de pacientes pode variar e, muitas vezes, suplantar a disponibilidade de leitos, sendo necessário, nesses casos, estabelecer prioridades. As prioridades devem ser baseadas em critérios clínicos, científicos e éticos, visando a beneficência, a não maleficência e a justiça e preservando, sempre que possível, a autonomia do paciente.

Pacientes graves, mesmo sendo tratados em UTI, ainda apresentam altas taxas de mortalidade e complicações, a depender das características de cada paciente, do tipo e da gravidade da doença.

Os diversos pacientes que necessitam de internação em UTI têm gravidade e possibilidade de recuperação variáveis. Ademais, pacientes com doença incurável e em fase terminal usualmente não se beneficiam do tratamento em UTI e podem ser tratados com dignidade em outras unidades de internação (enfermaria, apartamentos, unidades intermediárias e de unidades de cuidados paliativos). Cabe ressaltar que a Resolução CFM nº 1.805/2006, que normatiza a ortotanásia, estabelece que, na fase terminal de enfermidades graves, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Esta norma foi disciplinada no artigo 41 do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1.931/09, que diz em seu parágrafo único in verbis: “Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.

Os recursos de UTI são limitados e de alto custo. Por isso, a ocupação dos leitos de UTI é essencial e necessita ser utilizada com racionalidade, o que é complexo e um grande desafio, motivo pelo qual se justifica o estabelecimento de critérios claros de admissão e alta de pacientes em UTI.

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN, *Conselheiro Relator*
MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO, *Conselheiro Relator*

Resolução CFM nº 2.156/2016

Resolução aprovada na sessão plenária de 28 de outubro de 2016.

Publicada no D.O.U., em 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139).

ATRIBUIÇÕES, DIREITOS E RESPONSABILIDADES DE DIRETORES TÉCNICOS E CLÍNICOS

ASSIGNMENTS, RIGHTS AND RESPONSIBILITIES OF TECHNICAL AND CLINICAL DIRECTORS

CFM *

Palavras-chave – *Diretor técnico, diretor clínico, supervisão, atribuições, direitos, responsabilidades, serviços de saúde.*

Keywords – *Technical director, clinical director, supervision, duties, rights, responsibilities, health services.*

EXPLICANDO A RESOLUÇÃO

A Resolução CFM 2.147/2016, do Conselho Federal de Medicina (CFM), torna mais clara as atribuições, direitos e responsabilidades de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. A definição de cada cargo de gestão consta no documento, publicado no Diário Oficial da União (DOU). Na prática, espera-se que a norma provoque uma melhor organização da gestão da assistência da saúde no país.

O texto destaca que a prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento nas instituições públicas ou privadas são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina (CRM). A regra vale para todos os serviços de assistência médica (pública ou privada) em qualquer ponto do território nacional.

*Conselho Federal de Medicina.

Segundo o relator da Resolução e 3º vice-presidente do CFM, conselheiro Emmanuel Fortes, a diferenciação entre as funções a muito tempo era reclamada no CFM. Para ele, a norma irá profissionalizar as atividades. “O estabelecimento de uma linha hierárquica de comando para a atuação de chefes, coordenadores ou supervisores de serviços possibilitando interações e comandos era extremamente necessária, todas visando o bom funcionamento dos estabelecimentos assistenciais médicos ou de intermediação da prestação de serviços médicos”.

RESPONSABILIDADES

Pela Resolução, o diretor técnico é o médico que responde eticamente por todas as informações prestadas perante os conselhos de medicina (federal ou regionais), podendo, inclusive, ser responsabilizado ou penalizado em caso de denúncias comprovadas. Fica estabelecido, ainda, que os profissionais que forem investidos desse cargo devem organizar a escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento. Em qualquer ausência de plantonistas, cabe a esse gestor tomar providências para solucionar o caso.

O documento também lista as atribuições do diretor clínico, entre as quais está dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica e zelar pelo cumprimento do regimento interno. Entre suas atribuições também estão assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, bem como garantir o pleno e autônomo funcionamento das comissões de ética médica.

A Resolução CFM 2.147/2016 esclarece a obrigatoriedade de empresas ou instituições de intermediação da prestação de serviços médicos, como seguradoras de saúde, planos de saúde, cooperativas médicas e instituições de autogestão, de contarem com esses profissionais como diretores técnicos. “Cabe a eles cuidarem pelo que estiver pactuado nos contratos com prestadores de serviço, pessoas físicas e pessoas jurídicas”, destacou Emmanuel Fortes.

Investido nessa função junto aos planos e seguradoras de saúde, cabe ao médico zelar para que, na ocorrência de glosas das faturas apresentadas, seja descrito o que foi glosado “e, suas razões, solicitando ao médico, quando pessoa física, e ao diretor técnico, quando pessoas jurídicas, as devidas explicações, devendo as respostas ou justificativas ser formalizadas por escrito”.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2147/2016

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, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 15 de abril de 2009 e Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que declara que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada obrigatoriamente tem que funcionar com um diretor técnico, habilitado para o exercício da Medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO o artigo 15 da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que impõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO o artigo 12 do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o artigo 11 da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, que estabelece que o diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.481, de 08 de agosto de 1997, que determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no país deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes daquela resolução;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, ou sucedânea, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.980, de 07 de dezembro de 2011, que dispõe sobre as atribuições, deveres e direitos dos diretores técnicos, diretores clínicos e responsáveis pelos serviços na área médica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.007, de 10 de janeiro de 2013, que determina que para exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM);

CONSIDERANDO o inciso II do artigo 5º da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), que disciplina ser ato privativo do médico a coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

CONSIDERANDO a interpretação do STF na Representação nº 1.056-2, de 04 de maio de 1983, de que o diagnóstico, a prescrição, a execução e/ou supervisão de atos particulares na medicina, bem como a alta do paciente são ínsitos ao médico especialista na área;

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que disciplina a existência de planos e seguros de saúde, cooperativas e empresas de autogestão na área médica, notadamente o que consta nos artigos 1º em seus incisos I, II e parágrafos 1º e 2º;

CONSIDERANDO principalmente o artigo 8º, que trata da obrigatoriedade da inscrição nos Conselhos de Medicina, definindo suas obrigações;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013, que 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, e em especial o artigo 16, que define ambiente médico;

CONSIDERANDO o decidido pelo plenário em sessão realizada em 17 de junho de 2016,

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir competências, direitos e deveres de diretores técnicos e diretores clínicos, adotando o contido no anexo I desta Resolução;

Art. 2º - Esta Resolução e seu anexo entrarão em vigor no prazo de 180 dias, contados a partir de sua publicação, quando serão revogadas a Resoluções CFM nº 1.342, de 08 de março de 1991, e nº 1.352, de 17 de janeiro de 1992.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, *Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA, *Secretário-Geral*

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2147/2016

CAPÍTULO I

DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 1º – A prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento nas instituições públicas ou privadas são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO II

DOS DEVERES DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 2º – O diretor técnico, nos termos da lei, é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.

§ 1º O provisionamento do cargo, ou função de diretor técnico, se dará por designação da administração pública ou, nas entidades privadas de qualquer natureza, por seu corpo societário ou mesa diretora.

§ 2º Nos impedimentos do diretor técnico, a administração deverá designar substituto médico imediatamente enquanto durar o impedimento.

§ 3º São deveres do diretor técnico:

I) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

- II)** Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;
- III)** Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- IV)** Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;
- V)** Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013;
- VI)** Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;
- VII)** Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;
- VIII)** Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;
- IX)** Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;
- X)** Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;
- XI)** Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;
- XII)** Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974, de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;

XIII) Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;

XIV) Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;

XV) Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos.

XVI) Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.

§ 4º Os diretores técnicos de planos de saúde, seguros saúde, cooperativas médicas e prestadoras de serviço em autogestão se obrigam a zelar:

I) Pelo que estiver pactuado nos contratos com prestadores de serviço, pessoas físicas e pessoas jurídicas por eles credenciados ou contratados, de acordo com previsões da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014;

II) Para que, por meio DA SUPERVISÃO de seus auditores sejam garantidas as condições físicas e ambientais oferecidas por seus contratados a seus pacientes;

III) Para que, pela supervisão de suas auditorias, seja garantida a qualidade dos serviços prestados, notadamente a vigilância sobre o uso de materiais, insumos e equipamentos utilizados nos procedimentos médicos;

IV) Para que sua relação ocorra sempre de modo formal com o médico, pessoa física e através do diretor técnico médico quando se tratar de pessoas jurídicas;

V) Para que, na OCORRÊNCIA de glosas das faturas apresentadas, seja descrito o que foi glosado E suas razões, SOLICITANDO ao médico, quando pessoa física, e ao diretor técnico, quando pessoas jurídicas, as devidas explicações, DEVENDO AS respostas ou justificativas ser formalizadas por escrito;

VI) Para que as auditorias de procedimentos médicos sejam realizadas exclusivamente por auditores médicos;

VII) Para que nenhuma troca de informações entre o contratante, o qual ele representa, e prestadores de serviços médicos sejam realizados por terceiros, obrigando-se a ser o responsável pelas tratativas com os contratados seja em que cenário for que envolva o ato médico;

VIII) Para que sejam garantidos anualmente os reajustes previstos em lei e acordados entre as partes;

IX) Para que sejam asseguradas, quando houver prestação direta de assistência através de serviços médicos próprios, suas perfeitas condições de funcionamento, quer seja diretamente, se for também seu diretor técnico, ou por meio do diretor técnico designado, podendo se dirigir ao diretor clínico quando a instituição assistencial médica deste dispuser;

X) Pelo respeito aos protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas;

XI) Pela verificação da condição de regularidade de seus contratados, quer pessoa física, quer pessoa jurídica, perante os Conselhos Regionais de Medicina;

XII) Para que não sejam realizadas auditorias a distância.

CAPÍTULO III

DOS DIREITOS DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 3º – É assegurado ao diretor técnico o direito de suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas nessa norma e na Resolução CFM nº 2056/2013, devendo, na consecução desse direito, obedecer ao disposto nos artigos 17 e 18, mais parágrafos desse dispositivo.

Parágrafo único. Quando se tratar do disposto no parágrafo 4º do artigo 2º deste dispositivo, as ações devem obedecer ao estabelecido nos contratos e em acordo com a legislação específica que rege este setor.

CAPÍTULO IV

DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO

Art. 4º – O diretor clínico é o representante do corpo clínico do estabelecimento assistencial perante o corpo diretivo da instituição, notificando ao diretor técnico sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições.

Parágrafo único. O diretor clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico.

Art. 5º – São competências do diretor clínico:

- I) Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;
- II) Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;
- III) Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 2.056/2013;
- IV) Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;
- V) Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;
- VI) Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 6º – São deveres do diretor clínico:

- I) Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição;
- II) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;

III) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;

IV) Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;

V) Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário;

VI) Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;

VII) Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 7º – É assegurado ao diretor clínico dirigir as assembleias do corpo clínico, encaminhando ao diretor técnico as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução CFM nº 2056/2013, em consonância com disposto no artigo 20 e parágrafos desse mesmo dispositivo. É, ainda, direito do diretor clínico comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

CAPÍTULO VII

DA CIRCUNSCRIÇÃO E ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE DIRETORES TÉCNICOS E CLÍNICOS

Art. 8º – Ao médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em duas instituições públicas ou privadas, prestadoras de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

§ 1º Excetuam-se dessa limitação as pessoas jurídicas de caráter individual em que o médico é responsável por sua própria atuação profissional.

§ 2º Será permitida exercer a direção técnica em mais de dois estabelecimentos assistenciais quando preencher os requisitos exigidos na Resolução CFM nº 2127/2015.

§ 3º É possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e de diretor clínico. Para tanto, é necessário que o estabelecimento assistencial tenha corpo clínico com menos de 30 (trinta) médicos.

§ 4º O diretor técnico somente poderá acumular a função de diretor clínico quando eleito para essa função pelos médicos componentes do corpo clínico com direito a voto.

CAPÍTULO VIII

DA TITULAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA DIREÇÃO TÉCNICA E DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 9º – Será exigida para o exercício do cargo ou função de diretor clínico ou diretor técnico de serviços assistenciais especializados a titulação em especialidade médica correspondente, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM).

§ 1º Supervisor, coordenador, chefe ou responsável por serviços assistenciais especializados deverão possuir título de especialista na especialidade oferecida pelo serviço médico, com o devido registro do título pelo CRM, e se subordinam ao diretor técnico e diretor clínico em suas áreas respectivas, não se lhes aplicando a limitação prevista no caput do artigo 8º.

§ 2º O diretor técnico de serviços médicos especializados em reabilitação deverá obrigatoriamente ser médico especialista, ainda que sejam utilizadas técnicas fisioterápicas.

§ 3º Nos estabelecimentos assistenciais médicos não especializados, basta o título de graduação em medicina para assumir a direção técnica ou direção clínica;

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 – Em caso de afastamento ou substituição do diretor técnico ou do diretor clínico em caráter definitivo, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito e sob protocolo, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. A substituição do diretor afastado deverá ocorrer imediatamente, obrigando o diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina, por escrito e sob protocolo.

Art. 11 – É obrigatório o exercício presencial da direção técnica e da direção clínica.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.147/2016

A atualização do regulamento que trata da definição de competência dos diretores técnicos e diretores clínicos, bem como a criação de uma linha divisória de competência para sua atuação era reclamada há bastante tempo. O estabelecimento de uma linha hierárquica de comando para a atuação de chefes, coordenadores ou supervisores de serviços possibilitando interações e comandos também era necessária, todas visando o bom funcionamento dos estabelecimentos assistenciais médicos ou de intermediação da prestação de serviços médicos.

A Resolução CFM nº 2056/2013 tratou com clareza da possibilidade de suspensão do trabalho dos médicos nos estabelecimentos assistenciais onde trabalhem. Definiu as duas ações possíveis, uma coordenada pelo diretor técnico da instituição conferindo-lhe o direito de, em constatando condições adversas e, com a anuência do Conselho Regional de Medicina, por intermédio de seu departamento de fiscalização, suspender parcial ou completamente o trabalho médico na instituição. A segunda da competência do corpo clínico que, diante das mesmas condições

adversas, sempre em consonância com o Conselho Regional de Medicina, por meio de seu departamento de fiscalização, acionada pelo diretor clínico, nos estabelecimentos em que for exigível sua presença, tomar as mesmas providências, coordenando as ações como seu representante.

A Resolução preenche uma lacuna, também reclamada, que é a de definir as responsabilidades de empresas ou instituições de intermediação da prestação de serviços médicos, como seguradoras de saúde, planos de saúde, cooperativas médicas e instituições de autogestão.

Todas as definições estão devidamente fundamentadas em dispositivos legais, como a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, o Decreto-Lei nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e sucedâneas, conferindo a este dispositivo importância estruturante para a prática da medicina e segurança para a assistência médica da população.

A Resolução inova também em estabelecer para além dos deveres, os direitos de diretores técnicos e clínicos, extensivo às chefias setorializadas construídas para a boa administração da medicina.

Apenas como reforço, a Resolução CFM nº 2056/2013 estabeleceu um novo conceito para definir os estabelecimentos assistenciais médicos que é o de ambiente médico. A partir dessa definição, deixou claro o que deve ser exigido para que esse ambiente tenha as condições adequadas de funcionamento. Como tal, definiu também o que compete a cada exercente de cargos de comando para que garanta o bom funcionamento da instituição, a assistência à população e execução do ato profissional, notadamente o ato médico.

Estes são os motivos que submetemos a esta Egrégia Casa.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI, *Relator*

CLÁUDIO BALDUÍNO SOUTO FRANZEN, *Relator*

Resolução CFM nº 2.147/2016

Resolução aprovada na sessão plenária de 17 de junho de 2016.

Publicada no D.O.U., de 27 de outubro de 2016, Seção I, p. 332-4.

ATUALIZADO REGRAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

UPDATED REGULATION OF ETHICS COMMITTEES IN HEALTH SERVICES

CFM *

Palavras-chave – *Comissão de ética médica, normatização, organização, funcionamento, eleição, competências, responsabilidades.*

Keywords – *Medical ethics committee, normatization, organization, functioning, election, competencies, responsibilities.*

EXPLICANDO A RESOLUÇÃO

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou no Diário Oficial da União, do dia 10 de novembro de 2016, a Resolução CFM n.º 2.152/2016, que estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. Todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina em todo o território nacional devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, Comissões de Ética Médica os termos desta Resolução. A resolução, que traz todo o regulamento das Comissões de Ética, revoga a n.º 1.657, que estava em vigência desde 2002.

A nova legislação fixa como facultativa a constituição de Comissão de Ética Médica nas instituições com até 30 médicos, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina.

*Conselho Federal de Medicina.

A instituição que possuir de 31 a 999 médicos tem a obrigatoriedade de eleger comissão com mínimo de três membros efetivos e igual número de suplentes, enquanto as com mais de 1 mil terão de contar com pelo menos cinco membros efetivos e cinco suplentes.

Cabe à Comissão de Ética Médica fiscalizar o exercício da atividade médica na instituição a qual se encontra vinculada, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão; instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício; colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica; atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético; orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica; atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

A escolha dos membros das Comissões é feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno. Não poderão integrar as Comissões os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o CRM. São inelegíveis também os apenados nos últimos oito anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela 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

CONSIDERANDO a Lei nº 3268/57, referente a competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta Resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviço de relevância aos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 30 de setembro de 2016;

RESOLVE:

Art. 1º - Todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, ou sob cuja a égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, Comissões de Ética Médica os termos desta Resolução.

§ 1º - A eleição será supervisionada pelo CRM de sua jurisdição;

§ 2º - Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;

Art. 2º - Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente Resolução.

Art. 3º - Revoga-se a Resolução CFM nº 1.657/2002 e todas as disposições em contrário.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 30 de setembro de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, *Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA, *Secretário-Geral*

REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Art. 2º - As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

§ 1º - As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º - Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

§ 3º - As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Art. 3º - As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;
- b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º - No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de 30 (trinta) médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º - As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

SEÇÃO I - DA COMPETÊNCIA DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Art. 5º - Compete às Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

- a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

SEÇÃO II - DAS COMPETÊNCIAS DO PRESIDENTE E DO SECRETÁRIO

Art. 6º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 7º - Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;

b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;

c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;

d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 8º - Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

a) Eleger o presidente e o secretário;

b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;

d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º desta Resolução.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

SEÇÃO I - DAS REGRAS GERAIS DAS ELEIÇÕES

Art. 9º - A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Art. 10 - Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 11 - São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo único. Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 12 - O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

Parágrafo único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

SEÇÃO II - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 13 - O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 14 - A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 15 - A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

§ 1º - No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º - O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 16 - A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17 - A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 18 - O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 19 - Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Art. 20 - Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Art. 21 - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação

do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º - Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22 - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

SEÇÃO I - DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS

Art. 23 - A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 24 - Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 25 - As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

SEÇÃO II - DA APURAÇÃO INTERNA

Art. 26 - A apuração interna será instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 27 - As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 28 - Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 29 - A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30 - Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 31 - Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 32 - Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 33 - A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º - O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º - A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34 - Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 35 - As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo único. As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

Art. 36 - Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

Art. 37 - O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Art. 38 - Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39 - A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002.

Brasília-DF, 30 de setembro de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, *Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA, *Secretário-geral*

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016

Com a revisão do Código de Ética Médica e de outros dispositivos dos Conselhos de Medicina, faz-se necessário rever a Resolução CFM nº 1.657/2002 que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competência das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, por meio de resolução atualizada e aprovada pela plenária do CFM.

JOSÉ FERNANDO MAIA VINAGRE, *Conselheiro Relator*

RESOLUÇÃO CFM nº 2.152/2016

Resolução aprovada na sessão plenária de 30 de setembro de 2016.

Publicada no D.O.U., em 10 de novembro de 2016, Seção I, p.566).

NOMEAÇÃO E REMUNERAÇÃO DE DEFENSORES DATIVOS E MÉDICOS PERITOS

APPOINTMENT AND REMUNERATION OF LAY ADVOCATES AND MEDICAL EXPERTS

CRM-PR*

Palavras-chave – *Processo ético, defensoria, perícia, remuneração, revelia, condenação.*

Keywords – *Ethical process, defense, expertise, remuneration, revelation, conviction.*

RESUMO

Dispõe sobre a nomeação e a remuneração dos Defensores Dativos e Médicos Peritos no âmbito do Conselho Regional de Medicina do Paraná, e revoga a Resolução CRM-PR nº 189/2012.

RESOLUÇÃO CRM-PR Nº 202/2016

O **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e;

CONSIDERANDO a autonomia administrativa e financeira dos Conselhos Regionais de Medicina, prevista no artigo 1º da Lei nº 3.268/57;

*Conselho Regional de Medicina do Paraná

CONSIDERANDO o que dispõe o inciso LV do artigo 5º da Constituição Federal;

CONSIDERANDO o disposto na Súmula Vinculante nº 5 do Supremo Tribunal Federal;

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução CFM nº 1961/2011;

CONSIDERANDO que o trabalho desenvolvido pelos defensores dativos e médicos peritos deve ser remunerado em decorrência da prestação de serviços;

CONSIDERANDO a homologação em Sessão Plenária nº 4291ª, realizada em 12 de setembro de 2016;

RESOLVE:

Dos Defensores Dativos:

Art. 1 - Será nomeado um Defensor Dativo, Advogado, nos termos do Código de Processo Ético-Profissional, quando o denunciado for considerado revel, ato devidamente certificado nos autos.

Art. 2º - Será confeccionada pela Corregedoria do CRM-PR uma lista com os nomes dos Advogados Habilitados para o exercício da função de Defensor Dativo.

Parágrafo único. Serão considerados aptos ao exercício da função os profissionais que preencherem os seguintes requisitos:

I estar no exercício regular da profissão por período igual ou superior a 5 (cinco) anos;

II declarar expressamente, através de documento escrito, que aceitam o múnus com disponibilidade para atuar, perante o CRM-PR, o interesse no exercício da função e a aceitação das normas dela decorrentes;

III não ter sofrido condenação disciplinar e não ter débitos de qualquer natureza junto à OAB, na qual esteja inscrito.

Art. 3º - Fixar os honorários dos Defensores Dativos em valor correspondente a 3 (três) Verbas Indenizatórias (VI), cujo valor é determinado por Resolução específica do CRM-PR anualmente.

Parágrafo único. A remuneração do Defensor Dativo será realizada por fases do processo nas seguintes condições:

- Na apresentação da Defesa escrita à Corregedoria:

1/3 do valor estabelecido para os honorários;

- No encerramento da instrução com a apresentação das Razões Finais: 1/3 do valor estabelecido para os honorários;

- No julgamento e eventuais recursos cabíveis: 1/3 do valor estabelecido para os honorários.

Art. 4º - Se no decorrer do processo o denunciado vier a se manifestar ou constituir advogado, nos autos, ele e/ou seu representante legal passarão a responder pela defesa, a partir de sua integração à lide, sendo cessada a revelia, desconstituindo o Defensor Dativo.

§ 1º - No caso de desconstituição do defensor dativo, conforme previsto no caput deste artigo, o mesmo fará jus ao recebimento do valor correspondente à fase em que se encontrar o processo, na forma estabelecida no artigo 3º da presente Resolução.

§ 2º - Em caso de não haver Recurso, o Departamento de Processo e Sindicâncias enviará cópia da certidão de arquivamento para que o pagamento dos honorários seja efetivado.

Art. 5º - A lista dos defensores dativos, disponibilizada pela Corregedoria, será apreciada e homologada em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Parágrafo único. O pagamento será realizado através de depósito bancário, até o último dia do mês subsequente à entrega do Ato de Concessão relativo à apresentação da Defesa, da Instrução com a apresentação das Razões Finais, ou da Certidão de Arquivamento e/ou da Sustentação Oral em Sessão de Julgamento, obedecendo à legislação vigente quanto à retenção de impostos.

Dos Médicos Peritos:

Art. 6º - Deverá ser nomeado um Médico Perito, sempre que houver necessidade para Instrução dos procedimentos de Sindicância, Processo Ético-Profissional e Processo Administrativo, de avaliação médico-pericial para a conclusão dos trabalhos do Conselheiro Instrutor, ou no caso do Procedimento Administrativo, para avaliação da incapacidade para o exercício da Medicina.

Art. 7º - Fixar os honorários dos Médicos Peritos em valor correspondente à categoria 8C, o que especifica a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos -CBHPM.

§ 1º - O pagamento será realizado através de depósito bancário, até o último dia do mês subsequente à entrega do laudo, obedecendo à legislação vigente quanto à retenção de impostos devidos.

§ 2º - Se houver necessidade de avaliações complementares, o pagamento será de 50% do valor estipulado no Art.7º da presente Resolução.

Art. 8º - O valor indicado no Art.7º da presente Resolução, sofrerá as correções naturais que incidirem sobre a CBHPM.

Art. 9º - Os casos omissos ou anteriores à presente Resolução serão analisados e resolvidos pela Diretoria do CRM-PR.

Art. 10 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11 - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Curitiba, 12 de setembro de 2016.

CONS. LUIZ ERNESTO PUJOL

Presidente

CONS. CLOVIS MARCELO CORSO

Tesoureiro

RESOLUÇÃO CRM-PR nº 202/2016

Resolução homologada na Sessão Plenária nº 4291ª, de 12 de setembro de 2016.

Publicado no DIOE - Comércio, Indústria e Serviços nº 9793, de 30/09/2016.

PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS DE EMPRESAS SEGURADORAS

COMPLETION OF FORMS OF INSURANCE COMPANIES

*José Albertino Souza**

Palavras-chave – *Seguradoras, prontuário, perícia, laudo, documentos médicos, médico assistente.*

Keywords – *Insurance companies, medical records, expertise, report, medical documents, medical assistant.*

INTERESSADOS

CRM-ES; direção técnica do Hospital Unimed Limeira; serviço social da empresa Usina Central do Paraná S/A; e direção técnica do Hospital São José dos Pinhais.

EMENTA

A obrigatoriedade do médico assistente, prevista no art. 91 do Código de Ética Médica, restringe-se à atestação relativa à sua assistência, quando solicitado pelo paciente.

Nos casos de óbito, a obrigatoriedade de atestação do médico assistente encerra-se com a emissão da Declaração de Óbito.

Não é atribuição do médico assistente e nem do estabelecimento de saúde onde

*Conselheiro relator do CFM.

foi prestado o atendimento do paciente o preenchimento de formulários próprios de empresas de seguros privados. Cabe às empresas seguradoras disponibilizarem médicos para exercerem essa função.

1ª CONSULTA

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo encaminha questionamentos de um conselheiro acerca da Resolução CFM nº 2.003, de 8 de novembro de 2012, que veda ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras.

Alega que a resolução citada não fala sobre o preenchimento desses documentos por outros médicos que não o médico assistente.

Faz os seguintes questionamentos:

- 1) É permitido, nesses casos, que o médico, atuando com atividade pericial, cobre honorários?
- 2) A quem encaminhar esses pacientes ou familiares, que têm seguros a receber, em caso de óbito?
- 3) O médico da seguradora será o responsável pelo preenchimento desses laudos?

2ª CONSULTA

O diretor técnico do Hospital Unimed Limeira argumenta que a instituição não conta com médico perito no seu quadro de prestadores de serviços, e faz os seguintes questionamentos:

- 1) Qual médico perito deve preencher os formulários elaborados por empresas seguradoras?
- 2) Estes documentos acima referidos serão todos preenchidos pelo médico do Instituto Médico Legal (IML) ou SVO?

3ª CONSULTA

O serviço social da empresa Usina Central do Paraná S/A questiona acerca dos problemas que as famílias dos segurados estão enfrentando para receber o benefício, junto ao HSBC, depois da promulgação da Resolução CFM 2.003/2012.

Relata que as instituições não mais fornecem o documento da seguradora, nem o prontuário médico de internação para a família, e soube que o IML não entrega o laudo de necropsia.

A seguir, transcreve a resposta do HSBC a uma consulta:

Se o médico se recusar a preencher o aviso de sinistro e tratar-se de morte natural, o prontuário médico do internamento que culminou no óbito poderá substituir.

Se for morte acidental (ocorrida no local do acidente, sem assistência médica) o laudo de necropsia substituirá o preenchimento médico do aviso de sinistro. Para qualquer situação, o aviso de sinistro deve vir preenchido e assinado pelo reclamante do seguro/estipulante.

O aviso de sinistro poderá vir assinado apenas pelo estipulante.

4ª CONSULTA

A direção técnica do Hospital São José dos Pinhais relata que: Esse hospital é 100% SUS, e há muitos casos de formulários elaborados pelas cias. de seguro a serem preenchidos pelos médicos/SUS. E por não ser obrigatório o preenchimento, não sabemos quem deve preencher, ou a quem o paciente deve recorrer. O fato é que os pacientes que necessitam desse serviço vêm questionando a negativa dos médicos e se eles podem cobrar os serviços, se forem indicados a preencherem os formulários fora das dependências públicas.

Cita que embora existam o Parecer CFM nº 23, de 12 de julho de 2011, e a Resolução CFM 2. 003/2012, que versam sobre preenchimento de formulários de empresas seguradoras por parte dos médicos, ainda não estão claras as seguintes questões:

1. O médico assistente/SUS pode encaminhar o paciente/SUS para seu consultório particular, e cobrar os serviços prestados?
2. O médico assistente/SUS pode encaminhar o paciente/SUS se também for um médico perito? E nesse caso, ele pode cobrar os serviços prestados?
3. Se o médico assistente/SUS não é obrigado a preencher o formulário, quem o deve fazer?

PARECER

O Parecer CFM 23/2011 definiu que: Os formulários elaborados pelas companhias de seguro de vida, para serem preenchidos pelos médicos, não têm qualquer vínculo com a atestação médica relativa à assistência ou ao óbito. O seu preenchimento constitui atividade médica pericial, não podendo ser exercida pelo médico assistente, imposição do art. 93 do CEM.

A Resolução CFM 2.003/2012 estabelece no seu artigo 1º que:

É vedado ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras com informações acerca da assistência prestada a pacientes sob seus cuidados.

O Conselho Federal de Medicina entende que a atividade médica em que são respondidos quesitos próprios inerentes à avaliação de capacidade e outros, com o objetivo de concessão de benefícios ou seguros, é uma atividade de cunho pericial ou de auditoria. Sendo assim, não deve ser preenchido pelo médico assistente, conforme o disposto no art. 93 do Código de Ética Médica, que veda ao médico:

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado. Além disso, o art. 77 do CEM, da Resolução CFM nº 1.931, de 19 de setembro de 2009, alterado pela Resolução CFM nº 1.997, de 10 de agosto de 2012, veda ao médico “prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados além das contidas na declaração de óbito”. O art. 91 do CEM veda ao médico “deixar de atestar atos executados no exercício profissional quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal”.

A obrigatoriedade do médico assistente, prevista no artigo supracitado, restringe-se à atestação relativa à sua assistência, quando solicitado pelo paciente, podendo conter o diagnóstico, resultados de exames complementares, conduta terapêutica e prognóstico.

Nos casos de óbito, a obrigatoriedade de atestação do médico assistente encerra-se com a emissão da Declaração de Óbito, que irá possibilitar a emissão da Certidão de Óbito pelo Cartório de Registros Públicos.

De posse desses documentos médicos, cabe ao paciente ou familiar (no caso de

óbito) procurar a seguradora para a concessão do benefício ou seguro. Portanto, não é atribuição do médico assistente ou do estabelecimento de saúde onde foi prestado o atendimento o preenchimento de formulários de companhias de seguro privadas, nos quais são respondidos quesitos próprios inerentes à avaliação de capacidade e outros, com o objetivo de concessão de benefícios ou seguros – atribuição essa de médicos que exerçam a função pericial ou de auditoria, que deverão ser disponibilizados pelas empresas seguradoras, pois são elas que exigem essa documentação.

Em relação ao questionado pelo serviço social da Usina Central do Paraná S/A (3ª consulta), nos casos de morte de natureza violenta, o laudo de Exame Cadavérico emitido pelo IML é enviado para a autoridade policial que o requisitou, onde os familiares do falecido podem solicitar cópias, se assim desejarem.

Quanto ao questionado pela direção técnica do Hospital São José dos Pinhais, esclarecemos que o art. 64 do CEM estabelece que é vedado ao médico: Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais (grifos nossos).

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

1ª CONSULTA

1) É permitido, nesses casos, que o médico, atuando com atividade pericial, cobre honorários?

R: Sim, é permitido. A vedação estabelecida pela Resolução CFM 2.003/2012 aplica-se ao médico assistente.

2) A quem encaminhar esses pacientes ou familiares, que têm seguros a receber, em caso de óbito?

R: A obrigatoriedade de atestação do médico assistente encerra-se com a emissão da Declaração de Óbito. O art. 77do CEM, alterado pela Resolução CFM 1.997/2012, veda ao médico “prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados além das contidas na

Declaração de Óbito”.

3) O médico da seguradora será o responsável pelo preenchimento desses laudos?

R: Cabe às empresas seguradoras disponibilizarem médicos para exercer essa função.

2ª CONSULTA

1) Qual médico perito deve preencher os formulários elaborados por empresas seguradoras?

R: Vide resposta anterior.

2) Estes documentos acima referidos serão todos preenchidos pelo médico do IML ou Serviço de Verificação de Óbitos?

R: Foge às atribuições dos médicos dessas instituições o preenchimento de formulários de empresas seguradoras, com quesitos próprios.

3ª CONSULTA

R: Nos casos de morte de natureza violenta, os familiares do falecido podem solicitar cópias do laudo de Exame Cadavérico emitido pelo IML à autoridade policial que o requisitou.

4ª CONSULTA

1) O médico assistente/SUS pode encaminhar o paciente/SUS para seu consultório particular e cobrar pelos serviços prestados?

R: Não, imposição do art. 64e do art. 93 do CEM.

2) O médico assistente/SUS pode encaminhar o paciente/SUS se também for um médico perito? E nesse caso, ele pode cobrar os serviços prestados? R: Vide resposta anterior.

3) Se o médico assistente/SUS não é obrigado a preencher o formulário, quem o deve fazer?

R: Não é atribuição do médico assistente e nem do estabelecimento de saúde onde foi prestado o atendimento do paciente o preenchimento de formulários próprios

de empresas de seguros privados. Cabe às empresas seguradoras disponibilizarem médicos para exercer essa função.

É o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 28 de outubro de 2016.

JOSÉ ALBERTINO SOUZA

Conselheiro relator.

PARECER CFM Nº 42/2016

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 28/10/2016.

TRAQUEOSTOMIA, CRICOTIREOIDOSTOMIA E INTUBAÇÃO TRAQUEAL SÃO ATIVIDADES PRIVATIVAS DO MÉDICO

TRACHEOSTOMY, CRICOTHYROIDOSTOMY AND TRAQUAL
INTUBATION ARE PRIVATE ACTIVITIES OF THE PHYSICIAN

*Fábio Luiz Ouriques**

Palavras-chave – *Procedimentos invasivos, ato médico, traqueostomia, cricotireoidostomia, intubação, emergência.*

Keywords – *Invasive procedures, medical act, tracheostomy, cricothyroidostomy, intubation, emergency.*

EMENTA

São atividades privativas do médico a indicação da execução e a própria execução de procedimentos invasivos, como a Traqueostomia, a Cricotireoidostomia e a Intubação Traqueal.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, médico solicita parecer referente à atuação do médico-enfermeiro, em relação ao Parecer COREN-PR nº 01/2015, cuja conclusão diz que a utilização e o manuseio de dispositivos supraglóticos de vias aéreas avançadas e a Cricotireoidostomia são procedimentos que requerem conhecimento de técnica e treinamento, e que o

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

enfermeiro que se encontra qualificado para realizar tais procedimentos emergencial ou rotineiramente tem amparo legal.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Traqueostomia é um procedimento cirúrgico, frequentemente, realizado em pacientes necessitando de ventilação mecânica prolongada. A incisão é feita entre o segundo e o terceiro anel traqueal. É um procedimento médico.

A Cricotireoidostomia, ou Coniotomia consiste na abertura da membrana cricoti-roideana em sua linha média, comunicando-a com o meio externo, proporcionando ao paciente uma alternativa respiratória. É uma alternativa rápida e temporária, em situações de emergência, de manutenção das vias aéreas. Deve ser substituída pela Traqueostomia dentro de 24h às 72h.

A Cricotireoidostomia está indicada quando se verifica a incapacidade de Intubação Orotraqueal, no traumatismo facial grave, na hemorragia traqueobrônquica persistente, na distorção anatômica devido ao trauma no pescoço e, na incapacidade de visualização das cordas vocais, devido ao acúmulo de sangue e às secreções, ou por edema de via aérea. Ainda, em pacientes pediátricos menores de 10 anos, bem como em doenças preexistentes na laringe ou traqueia, como: tumores, infecções ou abscessos na área da incisão.

A etapa principal do procedimento da Cricotireoidostomia cirúrgica consiste em fazer uma incisão transversa na pele sobre a membrana cricotireoidiana e aprofundar cuidadosamente a incisão até atingir a luz traqueal.

Por sua vez, a Cricotireoidostomia por punção ou percutânea consiste em um acesso rápido e emergencial das vias áreas, através da simples perfuração da membrana cricotireoidea, por um cateter agulhado de grosso calibre, comunicando a luz da via aérea com o meio externo.

A Intubação Orotraqueal é a passagem de um tubo pela cavidade oral ou nasal, com objetivo de manutenção da via aérea, seja em casos de obstrução das vias aéreas, seja em casos de manutenção das vias aéreas nos procedimentos anestésicos.

A impossibilidade de intubação da traqueia, em situações de emergência, é uma indicação clara para a execução de uma via aérea cirúrgica. Quando as vias aéreas estão obstruídas por edema, traumas faciais graves com alteração importante da

anatomia ou presença de sangramento oral intenso deve ser realizada a Cricoti-reoidostomia cirúrgica.

O artigo 4º da Lei 12.842/2013 dispõe, dentre outras, que são atividades privativas do médico, a indicação da execução e a execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias, bem como a Intubação Traqueal.

A Resolução CRM-PR nº 54/1995, aprovou a “Normatização da Atividade Médica na área de Urgência-Emergência na sua fase Pré-hospitalar de Atendimento ao Trauma”. Nesta Resolução, fica bem estabelecido que “é vedado aos socorristas praticar atos invasivos tais como: acesso vascular, intubação, cricotireoidostomia, tóracocentese, pericardiocentese, prescrição e administração de medicamentos etc.”

A Resolução CFM nº 1718/2004 define que é vedado o ensino de atos/procedimentos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não médicos, inclusive àqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência a distância, através da Telemedicina, sob orientação e supervisão médica, até que sejam alcançados os recursos ideais.

Aqui, a referência aos atos médicos, diz respeito, sobretudo à

realização de procedimentos, assim, estes atos médicos ensinados em cursos de suporte avançado de vida são: a Execução de Procedimentos Médicos Privativos, devendo ser ensinados somente a médicos e aos estudantes de Medicina. A capacitação em suporte básico de vida deve ser garantida a qualquer cidadão, desde que “não haja o ensino de atos/procedimentos privativos dos médicos”.

Dessa forma, a partir de maio de 2004, ficaram estabelecidos os limites do ensino de matéria médica por médicos, o ensino de como praticar e realizar uma Intubação Naso ou Orotraqueal; Dissecção Venosa; Toracocentes e; Cricotireoidostomia por punção; Cricotireoidostomia cirúrgica, por exemplo, a quem não seja médico ou estudante de Medicina, está proibido.

CONCLUSÃO

Com fundamento na Lei nº 12.842/2013, que disciplina que são atividades privativas do médico, a indicação da execução de procedimentos invasivos e,

considerando que o procedimento que viabiliza a comunicação da via aérea com o meio externo, caracteriza um procedimento invasivo, tem-se que, tanto a Traqueostomia, quanto a Cricotireoidostomia são procedimentos médicos. No mesmo sentido, conforme previsto na Lei antes citada, a Intubação Orotraqueal é também procedimento médico.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 03 de outubro de 2016.

CONS. FÁBIO LUIZ OURIQUES

Parecerista

PARECER Nº 2538/2016-CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4305, de 03/10/2016.

CONSULTA REALIZADA POR PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA E O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS

CONSULTATION BY PROFESSIONALS OF PHYSIOTHERAPY AND THE ROLE OF PROCEDURES OF THE NATIONAL SUPPLEMENTAL HEALTH AGENCY

*Fábio Luiz Ouriques**

Palavras-chave – *Rol de procedimentos, conduta terapêutica, técnicas fisioterápicas, autonomia, remuneração.*

Keywords – *Role of procedures, therapeutic behavior, physiotherapeutic techniques, autonomy, remuneration.*

EMENTA

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de 2016 da ANS. Consulta de fisioterapia. Conduta terapêutica. Métodos e técnicas fisioterápicas, após consulta médica.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, Cooperativa de Trabalho Médico formula consulta com o seguinte teor:

“Esta cooperativa, neste ato representada por sua Diretoria Executiva, vem, através do presente, solicitar esclarecimento e orientações quanto à questão abaixo: A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) disponibilizou no novo Rol de Procedimentos, direito aos beneficiários de planos de saúde, a consulta com um fisioterapeuta. Para tanto, este item era pago por sessão, bem como os demais

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

profissionais relacionados, como exemplo: Fonoaudiólogos, Nutricionistas e Psicólogos. De acordo com o Conselho de Fisioterapia, é contra o Código de Ética a profissão realizar avaliação durante uma sessão, e para isso é necessário remunerar a consulta, sendo realizada por patologia tratada. Pois bem, somos uma Cooperativa Médica, e entendemos que a consulta está voltada ao ato médico, o qual direciona o tratamento e a terapia adequada ao paciente.

Partindo da percepção de que a consulta é uma atividade Médica, e que para os profissionais supracitados, a avaliação está incluída no pagamento por sessão realizada, (primeira sessão seria também uma avaliação), solicitamos vossa orientação quanto à questão, para que assim possamos nos posicionar adequadamente, evitando que qualquer atitude desta Cooperativa, seja desrespeitosa para com os Profissionais de Fisioterapia."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O artigo 4º da Resolução CFM nº 1236/1987 dispõe que compete unicamente aos médicos fazer diagnóstico, solicitar exames, prescrever terapêutica e dar alta a pacientes, nos Serviços de Medicina Física e Reabilitação.

O Parecer CRM-PR nº 2.143/2010 orienta que a indicação de reabilitação física (Fisioterapia) pode ser feita por médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina. Independente de sua especialidade, sempre em benefício do paciente. Os métodos e as técnicas fisioterápicas podem ser executados por fisioterapeutas.

O Parecer CREMEB nº 08/2009 dispõe que a competência para o exercício da Medicina física e a reabilitação, por ser atividade multidisciplinar que engloba fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros, sendo a Fisioterapia uma modalidade terapêutica complementar, tem a obrigatoriedade de ser Coordenada e Dirigida por médicos.

Médicos devidamente inscritos nos Conselhos Regionais, através de Diretores Técnicos (médicos) e, compete unicamente aos médicos, fazer diagnóstico, solicitar exames, prescrever terapêutica e dar alta a pacientes, além de Coordenar os serviços de Medicina física e reabilitação.

Diz ainda que, cabe ao profissional fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

O Artigo 3º do Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, que “provê as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências”, dispõe que “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”.

O consulente questiona a consulta realizada por fisioterapeuta. Sustenta que a consulta é uma atividade médica e, que para os profissionais da fisioterapia, a avaliação estaria incluída no pagamento, por sessão realizada, e que por se tratar de cooperativa médica, a consulta estaria voltada ao ato médico.

As cooperativas médicas são exemplos de cooperativas de trabalho, cuja finalidade é proporcionar aos seus membros melhores condições para exercer seu trabalho liberal. Desta forma, há cooperativas médicas que se limitam a congregar profissionais que trabalham em um determinado estabelecimento, ou de uma determinada especialidade médica, com o intuito de garantir melhor remuneração e condições de trabalho, e outras que atuam como operadoras de planos de saúde, como é o caso da requerente.

Assim, em especial, em relação ao Rol de procedimentos, a cooperativa médica atuando como operadora de planos de saúde está sujeita às mesmas regras que todas as operadoras de planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Tem como missão a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Periodicamente, a ANS publica o novo Rol de Procedimentos que devem ter cobertura pelas operadoras de planos de saúde. O novo Rol de Procedimentos também contempla o cuidado integral à saúde e o tratamento multidisciplinar ao prever na cobertura obrigatória, a consulta com fisioterapeuta, além de ampliar o número de consultas e sessões de seis (6) para doze (12) - com profissionais de especialidades como fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional. Pacientes, por exemplo, que queiram se submeter à Laqueadura, Vasectomia, Cirurgia Bariátrica, ao Implante Coclear e ostomizados ou estomizados têm direito a doze (12) sessões de psicologia.

Da leitura da Resolução Normativa da ANS, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de 2016, Anexo II, Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, acessado em www.ans.gov.br, em 15/09/2016, na página 79, tem-se que a previsão de “cobertura obrigatória de 2 consultas de Fisioterapia, por ano de contrato, para cada novo CID apresentado pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico”.

A 5ª reunião do Grupo Técnico do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Aconteceu no dia 20/06/2011 e contou com a presença de integrantes da Câmara de Saúde Suplementar e convidados, dentre eles, a Dra. Marlene Izidro Vieira, Conselheira Efetiva do CREFITO-8 e representante do COFFITO na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), representantes dos órgãos de defesa do consumidor, entidades representativas das operadoras de planos de saúde, associações, conselhos profissionais e prestadores de serviços de saúde.

Entre os assuntos debatidos, pode-se citar a atualização da cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde e a análise das contribuições recebidas na Consulta Pública nº 40.

Foi destaque também o grande número de consumidores participantes da consulta com 69% das contribuições, as operadoras com 13%, e os prestadores de serviços com 12%, sendo que a maior parte das contribuições recebidas refere-se à “Alteração de Diretriz de Utilização”.

A Consulta Fisioterapêutica foi o 2º (segundo) item mais solicitado nesta Consulta Pública, o que demonstra a importância deste procedimento aos usuários e fisioterapeutas. Também, foram constatados muitos pedidos de inclusão de procedimentos que já estavam no Rol, porém com nomenclatura diferente da praticada no setor.

Além disso, foram feitas sugestões a respeito dos artigos da Resolução Normativa. O artigo 19, por exemplo, que se refere às despesas com acompanhante, recebeu mais da metade dos pedidos de alteração. A colaboração dos representantes presentes foi de extrema importância para o andamento da reunião, a qual foi pontuada com correções e ratificações à proposta apresentada.

O artigo 1º da Resolução CFM nº 1.958/2010 define que a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões

diagnósticas, a solicitação de exames complementares, quando necessários, e a prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

CONCLUSÃO

A consulta médica não se confunde com a consulta de fisioterapia. Sempre que se inicia um tratamento fisioterapêutico se faz necessária uma avaliação prévia por parte deste profissional. Esta avaliação pode ser definida como sendo a consulta de fisioterapia, conforme normatizado pela ANS.

Na consulta de fisioterapia não se faz diagnóstico médico, não se solicita exame complementar, nem se indica tratamento. A consulta de fisioterapia em nada confronta a consulta médica. Pelo contrário, a soma do diagnóstico médico e o diagnóstico fisioterapêutico pode resultar em excelente sucesso no tratamento do paciente.

A consulta de fisioterapia faz o diagnóstico fisioterapêutico que envolve a avaliação das condições do paciente, naquele momento, que pode ter se alterado desde a consulta médica. Implica em verificar se não há algo que dificulte ou impeça o tratamento com a execução de métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

O médico que indica a fisioterapia, muitas vezes, não especifica qual técnica deve ser usada. Nesse sentido, a consulta do fisioterapeuta permite identificar situações que requerem contato com o médico para benefício do paciente.

Destarte, a relação harmoniosa entre os profissionais da saúde é prevista no próprio Código de Ética Médica, devendo prevalecer o entendimento de que o paciente é o principal ator e em seu benefício devem ser direcionados todos os esforços.

A autonomia e o ato médico não serão maculados. A própria ANS teve o cuidado na utilização dos termos “consulta de fisioterapia” e “diagnóstico fisioterapêutico”.

Portanto, em relação à consulta de fisioterapia, as diretrizes de utilização da ANS preveem a cobertura obrigatória de duas (2) consultas de fisioterapia, por ano de contrato, para cada novo CID apresenta do pelo paciente e conseqüente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

Assim, verifica-se a existência de espécie normativa que prevê a cobertura obrigatória da consulta de fisioterapia, antes mencionada, para todas as operadoras de planos de saúde, sejam elas cooperativas médicas ou não.

Este parecer não tem efeitos sobre os fisioterapeutas, desde que este Conselho não exerça qualquer ingerência sobre essa categoria profissional.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 03 de outubro de 2016.

CONS. FÁBIO LUIZ OURIQUES

Parecerista

PARECER N.º 2537/2016

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária n.º 4305, de 03/10/2016.

AUDITORIA MÉDICA: ACESSO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E USO DE IMAGEM DIGITAL DE DOCUMENTOS

MEDICAL AUDIT: ACCESS TO ELECTRONIC MEDICAL RECORDS
AND USE OF DIGITAL IMAGES OF DOCUMENTS

*Carlos Roberto Goytacaz Rocha**

Palavras-chave – *Auditoria, sigilo, prontuário, fotografia, reprodução.*

Keywords – *Audit, confidentiality, medical records, photography, reproduction.*

EMENTA

Auditoria Médica. Utilização de fotografia digital para cópias de documentos. Anuência da Diretoria Técnica.

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, médico formula consulta com o seguinte teor:

“Na resolução CFM 1614/2008 artigo sétimo, parágrafo primeiro, há a possibilidade de o médico na função de auditor retirar cópias de prontuário a fim de instrução da mesma, quando verificar indícios de irregularidade.

Dentro deste assunto, venho solicitar alguns esclarecimentos.

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

1. Com a popularização de meios de aquisição de imagens, além da fotocópia, pode o auditor, no exercício de sua função, utilizar outros meios como por exemplo fotografia digital de parte do prontuário para esta finalidade específica, ou a resolução refere-se somente a fotocópia?
2. Há a necessidade de se solicitar anuência da diretoria técnica da instituição caso a caso para a realização de cópias, visto que o auditor já encontra-se devidamente identificado para o exercício de sua função e tem o dever de manter sigilo, nos termos do código de ética médica?
3. Há a obrigação de o auditor informar qual o indício específico que lhe enseja a necessidade de aquisição/solicitação de cópia?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

1) A Resolução CFM N^o 1614/2001, em seu artigo sétimo parágrafo primeiro, não especifica o tipo de cópia que pode ser feita do prontuário para fins de auditoria, porém, determina que esta só possa ser feita quando houver indícios claros de possível irregularidade no atendimento do paciente e que estas cópias sejam exclusivamente para fins de instrução de auditoria.

2) Embora não haja uma determinação expressa na Resolução que o medico auditor tenha que comunicar ao Diretor Técnico cada ato de seu mister, é sempre desejável que nos casos específicos de que fala o parágrafo primeiro do artigo sétimo este seja notificado da necessidade de cópia para instrução de auditoria.

3) Não há necessidade de especificar qual o indício que enseja a solicitação de cópia, uma vez que deverá ser explicitada no relatório de Auditoria quando do término da instrução.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 19 de setembro de 2016.

CONS. CARLOS ROBERTO GOYTACAZ ROCHA

Parecerista

PARECER N.º 2535/2016 – CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária n^o 4295, de 19/09/2016.

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

**ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA
DE ASSUNTOS E AUTORES**

NÚMEROS 129 A 132/2016

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** - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97, também em formato digital.
- 7** - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 8** - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-PR.
- 9** - Todas as edições da Revista Arquivos, no formato digital, estão disponíveis em www.crmpr.org.br (publicações).

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Alves, Carla Segala					Comportamento	129	43	33	2016
Artigo	130	115	33	2016	Ética Médica	129	43	33	2016
Ato Médico					Formação Médica	129	43	33	2016
Biomédicos	130	137	33	2016	História da Medicina				
Bernardes, Afrânio Benedito Silva					Boletim Informativo	129	66	33	2016
Artigo	129	66	33	2016	Clube Concórdia	132	309	33	2016
Cabeça, Hideraldo Luis Souza					Deutscher Hospital	132	309	33	2016
Artigo	131	184	33	2016	Faculdade Evangélica	129	69	33	2016
Caldas, Raphaella Christine Souza					Gesangverein	132	309	33	2016
Artigo	130	84	33	2016	Médicos – Memória	129	66	33	2016
Castro, Itagiba					Novalgina	130	146	33	2016
Artigo	130	113	33	2016	Plantas Medicinais	130	146	33	2016
Cavalcanti, Emmanuel Fortes Silveira					Interdição Ética				
Artigo	132	256	33	2016	Recursos financeiros	131	181	33	2016
Cavalcante, Livia de Araújo					Saúde Pública	131	181	33	2016
Artigo	131	160	33	2016	Ivo Pitanguy				
Corso, Clovis Marcelo					Cirurgia Plástica	131	179	33	2016
Defensores Dativos	132	282	33	2016	Homenagem	131	179	33	2016
Perícia	132	282	33	2016	Memória	131	179	33	2016
Processos Éticos	132	282	33	2016	Lima, Carlos Vital Tavares Corrêa				
Cutait, Raul					Artigo	129	40	33	2016
Artigo	131	179	33	2016	Artigo	132	240	33	2016
Documentos Médicos					Artigo	132	245	33	2016
Armazenamento	130	115	33	2016	Artigo	132	256	33	2016
Prontuário eletrônico	130	115	33	2016	Artigo	132	269	33	2016
Sigilo	130	115	33	2016	Linhares, José Clemente				
Ética Médica					Artigo	129	62	33	2016
Autonomia	129	43	33	2016	Moro, Carlos Alberto				
Comportamento	129	43	33	2016	Artigo	131	184	33	2016
Formação Médica	129	43	33	2016	Murad, Celso				
Formação Médica					Artigo	131	212	33	2016
Ética Médica	130	113	33	2016	Ouriques, Fábio Luiz				
Pós-Graduação	130	113	33	2016	Artigo	132	293	33	2016
Programa Mais Médicos	130	113	33	2016	Artigo	132	297	33	2016
Franzen, Cláudio Balduino Souto					Parecer CFM nº 43/2015				
Artigo	132	256	33	2016	Assistência Religiosa	129	52	33	2016
Giamberardino Filho, Donizetti Dimer					Pacientes de UTI	129	52	33	2016
Artigo	130	140	33	2016	Parecer CFM nº 03/2016				
Artigo	131	217	33	2016	Aposentadoria, incapacitação	131	204	33	2016
Guimarães, Vilmar Mendonça					Esclerose Lateral Amiotrófica	131	204	33	2016
Artigo	129	43	33	2016	Isenção tributária	131	204	33	2016
Autonomia	129	43	33	2016	Perícia	131	204	33	2016

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Parecer CFM nº 04/2016					UTI Neonatal	131	217	33	2016
Ácido Retinoico	130	137	33	2016	Parecer CRM-PR nº 2535/2016				
Ato Médico	130	137	33	2016	Auditoria Médica	132	303	33	2016
Prescrição por biomédicos	130	137	33	2016	Fotografia Digital	132	303	33	2016
Parecer CFM nº 05/2016					Prontuário - Acesso	132	303	33	2016
Câmeras	130	131	33	2016	Parecer CRM-PR nº 2537/2016				
Privacidade	130	131	33	2016	Conduta Terapêutica	132	297	33	2016
Sigilo	130	131	33	2016	Remuneração	132	297	33	2016
Parecer CFM nº 29/2016					Rol de Procedimentos	132	297	33	2016
Classificação de Ocupações	131	212	33	2016	Técnicas Fisioterápicas	132	297	33	2016
Especialidade Médica	131	212	33	2016	Parecer CRM-PR nº 2538/2016				
Remuneração	131	212	33	2016	Ato Médico	132	293	33	2016
Parecer CFM nº 42/2016					Cricotireoidostomia	132	293	33	2016
Médico Assistente - Sigilo	132	286	33	2016	Intubação	132	293	33	2016
Prontuário	132	286	33	2016	Traqueostomia	132	293	33	2016
Seguradoras	132	286	33	2016	Parto				
Parecer CRM-PR nº 2514/2015					Assistência	129	12	33	2016
Contrato	130	140	33	2016		130	84	33	2016
Operadoras de Saúde	130	140	33	2016		131	160	33	2016
Remuneração	130	140	33	2016	Cesárea eletiva	131	160	33	2016
Parecer CRM-PR nº 2512/2016					Ética e Ciência	129	12	33	2016
Apoptose	129	66	33	2016		130	84	33	2016
Criolipólise	129	66	33	2016	Humanização	130	84	33	2016
Segurança	129	66	33	2016	Riscos	129	12	33	2016
Parecer CRM-PR nº 2515/2016					Patsis, Keti Stylianos				
Atendimento Oncológico	129	62	33	2016	Artigo	131	222	33	2016
Legislação	129	62	33	2016	Políticas Públicas				
Medicamentos	129	62	33	2016	Democracia	132	240	33	2016
Parecer CRM-PR nº 2516/2016					Medicina e Cidadania	132	240	33	2016
Autoagressividade	129	59	33	2016	Pujol, Luiz Ernesto				
Cirurgia estereotáxica	129	59	33	2016	Artigo	129	43	33	2016
Psicocirurgia	129	59	33	2016	Autonomia	129	43	33	2016
Parecer CRM-PR nº 2517/2016					Comportamento	129	43	33	2016
Apneia	130	144	33	2016	Defensores Dativos	132	282	33	2016
Ato Médico	130	144	33	2016	Ética Médica	129	43	33	2016
Morte Encefálica	130	144	33	2016	Formação Médica	129	43	33	2016
Parecer CRM-PR nº 2524/2016					Interdição Ética	131	181	33	2016
Conflito Ético	131	222	33	2016	Perícia	132	282	33	2016
Decreto nº 8691/2016	131	222	33	2016	Processos Éticos	132	282	33	2016
Médico Assistente	131	222	33	2016	Saúde Pública	131	181	33	2016
Perícia Médica	131	222	33	2016	Resolução CFM nº 2135/2015				
Parecer CRM-PR nº 2526/2016					Cardiologia	129	46	33	2016
Acompanhamento ao menor	131	217	33	2016	Especialidade Médica	129	46	33	2016
Internação	131	217	33	2016	Responsável Técnico	129	46	33	2016

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Resolução CFM nº 2136/2015					Santo Ivo				
Ato Médico	130	118	33	2016	Padroeiro dos Advogados	131	225	33	2016
Monitorização neurofisiológica	130	118	33	2016	Saúde Pública				
Resolução CFM nº 2143/2016					Dengue	129	40	33	2016
Embolização das Artérias	130	123	33	2016	Epidemias	129	40	33	2016
Hiperplasia prostática	130	123	33	2016	Interdição Ética	131	181	33	2016
Resolução CFM 2147/2016					Recursos financeiros	129	40	33	2016
Atribuições	132	256	33	2016		131	181	33	2016
Diretor Clínico	132	256	33	2016		132	240	33	2016
Diretor Técnico	132	256	33	2016	Saúde Suplementar				
Responsabilidades	132	256	33	2016	Crise	132	243	33	2016
Resolução CFM 2148/2016					Operadoras de Saúde	132	243	33	2016
Área de Atuação	131	186	33	2016	Silva, Henrique Batista E.				
Especialidade Médica	131	186	33	2016	Artigo	129	52	33	2016
Regulamentação	131	186	33	2016	Artigo	132	245	33	2016
Resolução CFM 2149/2016					Artigo	132	256	33	2016
Área de Atuação	131	194	33	2016	Artigo	132	269	33	2016
Especialidade Médica	131	194	33	2016	Assistência Religiosa	129	52	33	2016
Regulamentação	131	194	33	2016	Pacientes de UTI	129	52	33	2016
Resolução CFM 2152/2016					Souza, José Albertino				
Comissões de Ética	132	269	33	2016	Artigo	130	131	33	2016
Competências	132	269	33	2016	Artigo	132	286	33	2016
Normalização	132	269	33	2016	Tiesenhausen, Hermann Alexandre Vivacqua Von				
Resolução CFM 2156/2016					Artigo	132	243	33	2016
Admissão	132	245	33	2016	Artigo	132	245	33	2016
Alta	132	245	33	2016	Timi, Jorge Rufino Ribas				
Falta de leitos	132	245	33	2016	Artigo	129	12	33	2016
Unidade de Terapia Intensiva	132	245	33	2016	UTI				
Resolução CRM-PR nº 198/2015					Falta de leitos	132	245	33	2016
Fiscalização	129	49	33	2016	Resolução CFM 2156/2016	132	245	33	2016
Interdição	129	49	33	2016	Viagem				
Serviços de Saúde	126	49	32	2016	Dr. Carlos Alberto Moro	131	184	33	2016
Resolução CRM-PR 202/2016					Memória	131	184	33	2016
Defensores Dativos	132	282	33	2016	Vivências	131	184	33	2016
Perícia	132	282	33	2016	Vinagre, José Fernando Maia				
Processos Éticos	132	282	33	2016	Artigo	130	137	33	2016
Remuneração	132	282	33	2016	Artigo	132	269	33	2016
Ribas, Maurício Marcondes					Wittig, Ehrenfried Othmar				
Artigo	129	59	33	2016	Artigo	129	69	33	2016
Ribeiro, Mauro Luiz de Britto					Artigo	130	146	33	2016
Artigo	132	245	33	2016	Artigo	131	225	33	2016
Rocha, Carlos Roberto Goytacaz					Artigo	132	305	33	2016
Artigo	132	303	33	2016	Youssef, Nazah Cherif Mohamad				
					Artigo	130	144	33	2016

DEUTSCHER HOSPITAL, O HOSPITAL ALEMÃO

DEUTSCHER HOSPITAL, THE GERMAN HOSPITAL

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Deutscher Hospital, Gesangverein, Concórdia, história, imigrantes, alemães.*

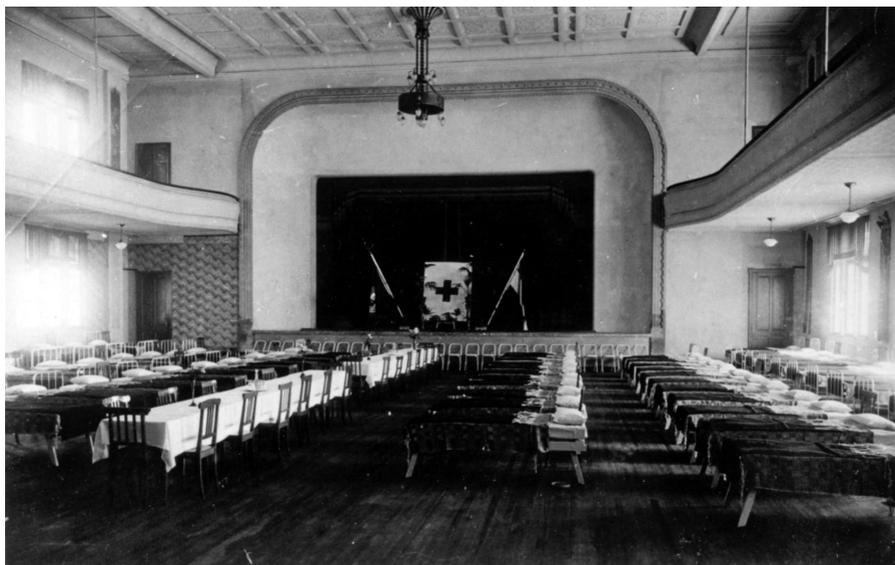
Keywords – *Deutscher Hospital, Gesangverein, Concordia, history, immigrants, germans.*

Curitiba era uma cidade com muitas e fortes tradições alemãs quando em 4/4/1869 fundou um clube de tradições alemãs, o Gesangverein Germania e em 1º de julho de 1873, o Gesangverein Concordia, ambas sociedades com o mesmo espírito e objetivos, o que determinou com o tempo sua fusão, com o nome de Verein Deutscher Saugerbud.

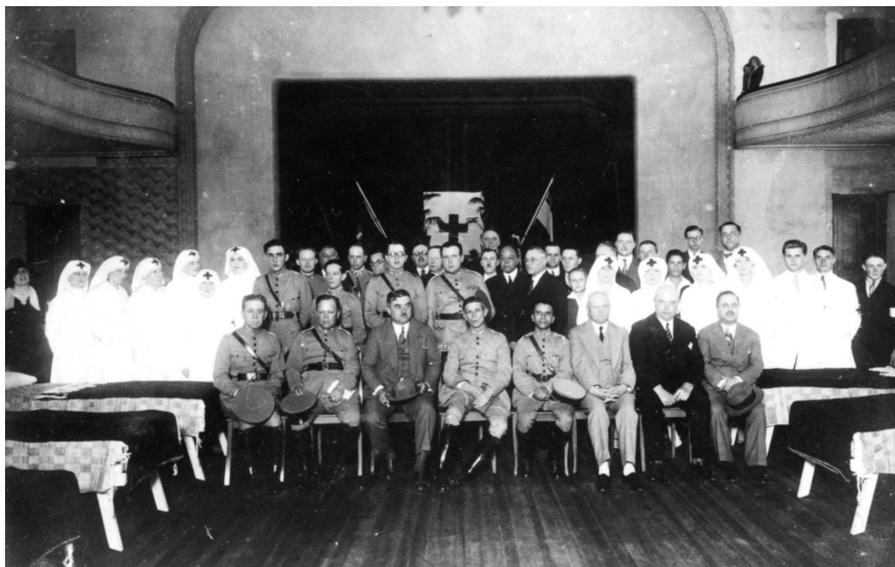
Em 1917, no período da 1ª Grande Guerra, espíritos nacionalistas determinaram o fechamento das atividades do clube por um período de 21 meses, por ser uma sociedade só permitida a alemães e seus descendentes.

Em 1938, conjunturas do período motivaram que a sociedade voltasse, com a denominação de Club Concordia. Na Segunda Grande Guerra novamente os problemas étnicos e políticos interferiram nas suas atividades, com intervenção do Estado.

* Diretor do Museu de História da Medicina, da Associação Médica do Paraná. Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia do curso de Medicina, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Médico legista, do Instituto Médico Legal do Paraná (apos.).



Hospital voluntário na Sociedade Concórdia. Enfermaria preparada no salão de festas, na revolução de 1930. Deutches Hospital (Hospital Alemão).



Voluntários do Deutches Hospital. Ao centro o Dr. José Meyer.

O Clube Concordia, hoje uma agremiação tradicional e muito apreciada na cidade, mantém uma atividade associativa muito forte com tradições e folclore alemães.

Em 1930, quando tivemos um curto período revolucionário no Brasil, período Getúlio Vargas, seus associados temerosos com as consequências que estes acontecimentos poderiam ocasionar em relação a luta armada na cidade ou no Estado do Paraná, o Club Concordia procurou dar sua contribuição a comunidade, criando em sua sede social, no salão principal, um hospital, que ficou conhecido como Hospital Alemão ou Deutscher Hospital, mas que em realidade nunca esteve em uso, porque as atividades bélicas não aconteceram.

Pouco se conhece desta história, mas que relatamos e registramos mais pela curiosidade, embora não tenhamos dados mais completos, além de um conjunto de fotografias que encontramos na Casa da Memória de Curitiba, onde pudemos documentar o fato, inclusive conhecer algumas enfermeiras, médicos e voluntários da época. As fotos pertenciam a coleção de Marcos Assenheimer.

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

ISSN 2238 - 2070

