

***MANUAL
TÉCNICO
DISCIPLINAR***

***APÊNDICE
RESOLUÇÕES
CFM E CREMERS***

Resoluções do Conselho Federal de Medicina

Resolução n°	Assunto
997/80	Cria cadastro de estabelecimentos de saúde – vide folha 50
1.021/80	Transfusão de Sangue em iminente perigo de vida
1.219/85	Revoga a Resolução CFM n.º 1.190/84
1.231/86	Assegura o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte do Corpo Clínico
1.246/88	Código de Ética Médica – vide folha ???
1.342/91	Diretor Técnico – vide folha 51
1.352/92	Diretor Técnico – vide folha 43
1.367/93	Os Conselhos de Medicina poderão criar delegacias seccionais
1.401/93	Planos de Saúde – sub judice
1.451/95	Estrutura dos Prontos Socorros
1.480/97	Morte encefálica – deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida
1.481/97	Diretrizes Gerais para os Regimentos Internos de Corpos Clínicos – folhas 42/43
1.488/97	Atribuições do médico do trabalho
1.490/98	A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular
1.493/98	Determina ao Diretor-Clínico que tome providências para que todo paciente internado tenha seu médico assistente – vide folha 51/52
1.494/98	Autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte dos médicos estrangeiros
1.497/98	Determina que o médico nomeado perito execute e cumpra o encargo, no prazo determinado
1.499/98	Proíbe práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica
1.500/98	Prática ortomolecular, biomolecular e oxidologia
1.536/98	Lesões de interesse comum à medicina e à odontologia: visando à adequada segurança do resultado a equipe cirúrgica deve ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião-dentista, sempre sob a chefia do médico.
1.590/99	Obrigatório o registro nos CRMs de operadoras de planos de saúde
1.605/01	Entrega de prontuário – Vide folha 32
1.607/01	Inadimplência por mais de 1 (um) ano, em relação às anuidades, automaticamente o médico terá cancelada sua inscrição
1.609/01	Os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, para serem reconhecidos como válidos e utilizáveis na prática médica nacional, deverão ser submetidos à aprovação do Conselho Federal de Medicina
1.613/01	Comissão de Fiscalização – Vide folha
1.614/01	Auditoria médica – com alteração
1.616/01	É vedado o desligamento de médico vinculado a plano de saúde, exceto por decisão motivada por justa causa Código de Processo Ético-Profissional – vide folhas 23/29
1.617/01	
1.619/01	Médico que exerce atividade militar a cada ano (até 28.02) deve apresentar prova de sua condição
1.621/01	Cirurgia plástica é especialidade única, indivisível e deve ser exercida por médico qualificado
1.622/01	Considera como procedimento terapêutico procedimentos de correção funcional usando Excimer Laser
1.623/01	Regula o funcionamento dos serviços de captação, processamento, armazenamento, distribuição e efetivação de transplante de tecidos e células para fim terapêutico
1.624/01	Definição da composição de Câmaras de Sindicâncias
1.627/01	Define o ato médico
1.633/01	Dispõe da proibição de matérias publicitárias, vinculadas à área médico-hospitalar
1.634/02	Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas – CFM-AMB-CNRM
1.635/02	Dispõe sobre exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos
1.636/02	Dispõe sobre exame de aptidão física e mental
1.638/02	Define prontuário médico e o torna obrigatório nas instituições de saúde
1.640/02	Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências.
1.641/02	Veda ao médico emitir Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissionais não-médicos
1.642/02	Empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua jurisdição Define e disciplina a prestação de serviços através de Telemedicina
1.643/02	Dispõe sobre descontos em honorários médicos através de cartões de descontos
1.649/02	Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de medicina
1.650/02	Comissões de Ética Médica – vide folha 55/58
1.657/02	Altera o nome da área de atuação “cirurgia bucomaxilofacial, e impõe aos médicos que nela atuam a obediência
1659/02	ao disposto na Resolução CFM nº 1536/98
1.664/03	Dispõe sobre as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual
1.665/03	Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento de pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos
1.666/03	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1.634/02
1.668/03	Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência
1.670/03	Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

- 1.671/03 Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências
- 1.672/03 Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências
- 1.673/03 Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicas – adoção
- 1.674/03 Considera a lipotripsia extracorpórea por onda de choque um ato médico e estabelece critérios para sua realização
- 1.675/03 Altera a Resolução CFM nº 1.613/2001
- 1.701/03 Divulgação de assuntos médicos – vide folhas 70/71
- 1.715/04 Regulamenta o Procedimento Ético-Médico relacionado ao Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP)
- 1.718/04 É vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimento, a profissionais não-médicos, inclusive aqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência a distância, até que sejam alcançados os recursos ideais
- 1.720/04 Estabelece os critérios para a realização de desbridamentos e curativos cirúrgicos, sob anestesia geral ou sedação, em pacientes queimados
- 1.722/04 Veda aos médicos prestar serviços a planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contatos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos.
- 1.762/05 Resolve considerar o implante de anel intra-estronal na córnea usual, na prática medico-oftalmológica, para o tratamento de pacientes com ceratocone nos estágios III e IV. Revoga o inciso XI do artigo 2º da Resolução CFM nº 1.622/01
- 1.763/05 Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.666/03, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina – CFM, a Associação Médica Brasileira – AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM
- 1.766/05 Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe
- 1.770/05 Dispõe sobre a normatização e unificação dos procedimentos de inscrição provisória ou reintegração de inscrição nos quadros dos Conselhos de Medicina por decisão judicial.
- 1.772/05 Institui o Certificado de Atualização Profissional para os portadores dos títulos de especialistas e certificados de áreas de atuação e cria a Comissão Nacional de Acreditação para elaborar normas e regulamentos para este fim, além de coordenar a emissão desses certificados.
- 1.774/05 Define a figura do delegado regional e regulamenta o exercício de suas atividades
- 1.779/05 Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM nº 1601.00
- 1.780/05 Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores de hanseníase
- 1.785/06 Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.763/05, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)
- 1.789/06 Os Conselhos de Medicina poderão interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes de sua profissão, esteja prejudicando gravemente a população, ou a iminência de fazê-lo.
- 1.792/06 Altera o artigo 7º da resolução CFM nº 1.669/03, que dispõe sobre o exercício profissional para os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira.
- 1794/06 Estabelece as normas mínimas para utilização de extratos alergênicos para fins diagnósticos e terapêuticos nas doenças alérgicas
- 1799/06 Dispõe sobre a não-obrigatoriedade de registro de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, pelo Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina
- 1802/06 Dispõe sobre a prática de ato anestésico. Revoga a Resolução CFM nº 1363/93
- 1805/06 Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.
- Resolução suspensa por decisão liminar do M. Juiz Dr. Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal**
- 1808/06 Dispõe sobre a ilegalidade de registro de diplomas de formatura, emitidos por instituições de ensino superior brasileiras que não sejam reconhecidas pelo Ministério Público
- 1810/06 Altera o art. 12 da resolução CFM nº 1.488, de 11 de fevereiro de 1998, publicada em 6 de março de 1998, que normatiza a perícia médica e a atuação do perito e do assistente técnico.
- 1811/06 Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da anticoncepção de emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país.
- 1812/07 Altera o art. 6º da resolução CFM nº 1657/2002, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
- 1819/07 Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de segurados e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências.
- 1821/07 Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorização a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.
- 1823/07 Revogar a Resolução CFM nº 1498/98, que trata do Programa de Educação Médica Continuada. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador
- 1824/07 Normatiza o cadastramento obrigatório dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina
- 1826/07 Normatiza a substituição das cédulas de identidade de médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina

- 1827/07 Alterada a inscrição de médico estrangeiro no tocante ao certificado de Proficiência em Língua Portuguesa, alterando a exigência de nível avançado para nível intermediário superior e revoga a Resolução CFM nº 1712 de 22 de dezembro de 2003
- 1828/07 Dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira e revoga as Resoluções CFM nº 1615, de 9 de março de 2001, nº 1630, de 24 de janeiro de 2002, nº 1669, de 14 de julho de 2003 e nº 1793, de 16 de junho de 2006
- 1831/07 Regulamenta a organização dos serviços Médicos em instituições esportivas e dá outras providências
- 1832/07 As disponibilidades de médicos em sobreaviso devem obedecer normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do Corpo Clínico sobre sua participação ou não nessa atividade. A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada
- 1833/07 É vedado ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos
- 1834/07 Altera o artigo 9º da Resolução CFM nº 1789, publicada em 16 de maio de 2006, que regulamenta o procedimento administrativo de interdição cautelar do exercício da Medicina
- 1836/07 Altera o art. 3º da resolução CFM nº 1831, de 24 de janeiro de 2008, que altera a inscrição de médico estrangeiro no tocante ao Certificado de proficiência em Língua Portuguesa, alterado a exigência de nível avançado para nível intermediário superior e revoga a resolução CFM nº 1712, de 22 de dezembro de 2003.
- 1841/08 Dispõe sobre o implante de lente de câmara anterior com suporte iriano como um procedimento usual na prática médica-oftalmológica, para o tratamento de pacientes com altas ametropias e/ou afácicos, para as indicações propostas, ressalvadas as contra indicações referidas
- 1842/08 Altera o art. 9º da resolução CFM nº 1823, de 8 de agosto de 2007, publicada em 31 de agosto de 2007, que disciplina responsabilidades dos médicos em relação aos procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica e Citopatologia e cria normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos
- 1843/08 Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da resolução CFM nº 1785/06, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)
- 1844/08 Altera o artigo 3º da Resolução CFM nº 1658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências
- 1845/08 Altera o artigo 1º da resolução CFM nº 1616, publicada em 10 de abril de 2001, que trata da vedação de desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Planos de Saúde
- 1851/08 É vedado ao médico participar de pesquisa envolvendo seres humanos utilizando placebo, quando houver tratamento dispensável eficaz já conhecido
- 1852/08 Dispõe sobre as "Normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência".
- 1885/08 É vedado ao médico participar de pesquisa envolvendo seres humanos utilizados placebo, quando houver tratamento dispensável eficaz já conhecido
- 1886/08 Dispõe sobre as "Normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.021/80

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO o disposto no artigo 153, parágrafo 2º da Constituição Federal; no artigo 146 e seu parágrafo 3º, inciso I e II do Código Penal; e nos artigos 1º, 30 e 49 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o caso de paciente que, por motivos diversos, inclusive os de ordem religiosa, recusam a transfusão de sangue;

CONSIDERANDO finalmente o decidido em sessão plenária deste Conselho realizada no dia 26 de setembro de 1980, RESOLVE:

Adotar os fundamentos do anexo PARECER, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes a recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida.

Rio de Janeiro, 26 de setembro de 1980.

PARECER PROC. CFM n.º 21/80

O problema criado, para o médico, pela recusa dos adeptos da Testemunha de Jeová em permitir a transfusão sanguínea, deverá ser encarado sob duas circunstâncias:

1 - A transfusão de sangue teria precisa indicação e seria a terapêutica mais rápida e segura para a melhora ou cura do paciente. Não haveria, contudo, qualquer perigo imediato para a vida do paciente se ela deixasse de ser praticada. Nessas condições, deveria o médico atender o pedido de seu paciente, abstendo-se de realizar a transfusão de sangue.

Não poderá o médico proceder de modo contrário, pois tal lhe é vedado pelo disposto no artigo 32, letra "f" do Código de Ética Médica:

"Não é permitido ao médico:

f) exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente a resolver sobre sua pessoa e seu bem-estar".

2 - O paciente se encontra em iminente perigo de vida e a transfusão de sangue é a terapêutica indispensável para salvá-lo.

Em tais condições, não deverá o médico deixar de praticá-la apesar da oposição do paciente ou de seus responsáveis em permiti-la.

O médico deverá sempre orientar sua conduta profissional pelas determinações de seu Código. No caso, o Código de Ética Médica assim prescreve:

"Artigo 1º - A medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupações de ordem religiosa..."

"Artigo 30 - O alvo de toda a atenção do médico é o doente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

"Artigo 19 - O médico, salvo o caso de "iminente perigo de vida", não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento tácito ou explícito do paciente e, tratando-se de menor incapaz, de seu representante legal".

Por outro lado, ao praticar a transfusão de sangue, na circunstância em causa, não estará o médico violando o direito do paciente.

Realmente, a Constituição Federal determina em seu artigo 153, Parágrafo 2º que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei".

Aquele que violar esse direito cairá nas sanções do Código Penal quando este trata dos crimes contra a liberdade pessoal e em seu artigo 146 preconiza: "Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda".

Contudo, o próprio Código Penal no parágrafo 3º desse mesmo artigo 146, declara:

"Não se compreendem na disposição deste artigo:

I - a intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida".

A recusa do paciente em receber a transfusão sanguínea, salvadora de sua vida, poderia, ainda, ser encarada como suicídio. Nesse caso, o médico, ao aplicar a transfusão, não estaria violando a liberdade pessoal, pois o mesmo parágrafo 3º do artigo 146, agora no inciso II, dispõe que não se compreende, também, nas determinações deste artigo, "a coação exercida para impedir o suicídio".

CONCLUSÃO

Em caso de haver recusa em permitir a transfusão de sangue, o médico, obedecendo a seu Código de Ética Médica, deverá observar a seguinte conduta:

1º - Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis.

2º - Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.

Dr. TELMO REIS FERREIRA - Relator

RESOLUÇÃO CFM N° 1.219/85

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso de suas atribuições, conferidas pela Lei n° 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a legislação vigente a respeito do segredo profissional, devidamente capitulada no Código Penal, Código de Processo Penal, Código Civil, Código de Processo Civil e Código Brasileiro de Deontologia Médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de julho de 1985;

R E S O L U E:

1. Revogar a Resolução CFM n° 1.190/84.

2. A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Rio de Janeiro, 11 de julho de 1985

RESOLUÇÃO CFM N° 1.190/84

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando das atribuições que lhe confere a Lei n° 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045 de 19 de julho de 1958 e, CONSIDERANDO que ao beneficiário da Previdência Social cabe o direito de solicitar ao médico que lhe prestou assistência, o fornecimento de um atestado com o diagnóstico;

CONSIDERANDO que esse documento poderá servir de prova do beneficiário junto ao empregador para justificativa de eventual falta ao trabalho;

CONSIDERANDO as diferentes interpretações que se devem dar a "atestado médico" e "laudo pericial";

CONSIDERANDO que se deve fazer a distinção entre um exame médico destinado a comprovar as condições de saúde do beneficiário, feito a seu pedido, e uma perícia médica;

CONSIDERANDO que não constitui infração do Código de Deontologia revelar o diagnóstico, especialmente quando codificado e com o expresso consentimento do paciente ou seu responsável;

CONSIDERANDO que a legislação distingue entre o procedimento a ser seguido quanto aos primeiros 15 (quinze) dias de falta ao trabalho e o período posterior quando então é necessário a perícia;

CONSIDERANDO as Resoluções do Conselho Federal de Medicina n°s 982/79 e 999/80;

CONSIDERANDO o que foi decidido na reunião plenária do dia 31 de agosto de 1984;

RESOLVE:

1 - Não comete infração ética o médico que por solicitação do seu paciente, forneça um atestado médico com diagnóstico ou não.

2 - Nesse atestado deve constar a expressa concordância.

3 - Esse atestado não constitui laudo de perícia médica.

Rio de Janeiro, 14 de setembro de 1984

RESOLUÇÃO CFM n° 1.231/86

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que muitos hospitais públicos e privados têm recusado admitir que os médicos não integrantes de seu Corpo Clínico promovam internações nesses estabelecimentos;

CONSIDERANDO que esta recusa caracteriza modalidade de cerceamento do exercício profissional garantido pelas normas legais vigentes, além da instituição de monopólio profissional por parte de determinados grupos médicos;

CONSIDERANDO que não se pode descartar a função social que toda entidade pública ou privada deve desempenhar dentro da comunidade;

CONSIDERANDO que o hospital deve estar precipuamente a serviço do indivíduo, assim como da comunidade;

CONSIDERANDO os termos do parecer CFM n.º 27/86, aprovado na Sessão Plenária de 10.10.86;

RESOLVE:

1 - A todo médico é assegurado o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte de seu Corpo Clínico, ficando sujeitos, nesta situação, o médico e o paciente às normas administrativas e técnicas do Hospital.

2 - O Regimento Interno do Corpo Clínico dos Hospitais deverá prever explicitamente que o médico não integrante do seu Corpo Clínico possa promover as internações necessárias nestes estabelecimentos hospitalares.

3 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 10 de outubro de 1986.

RESOLUÇÃO CFM n° 1.363/93

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a Portaria n.º 400, de 06 de dezembro de 1977, do Ministério da Saúde, prevê sala de recuperação pós-anestésica para a Unidade do Centro Cirúrgico;

CONSIDERANDO o que foi proposto pela Comissão Especial conjunta do Conselho Federal de Medicina e da Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em Sessão Plenária de 12 de março de 1993.

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos médicos que praticam anestesia que:

I - Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível;

II - Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, assim como manter a vigilância permanente ao paciente anestesiado durante o ato operatório, o médico anestesista deve estar sempre junto a este paciente;

III - Os sinais vitais do paciente serão verificados e registrados em ficha própria durante o ato anestésico, assim como a ventilação, oxigenação e circulação serão avaliadas intermitentemente;

IV - É ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico;

V - Todas as conseqüências decorrentes do ato anestésico são da responsabilidade direta e pessoal do médico anestesista;

VI - Para a prática da anestesia deve o médico anestesista avaliar previamente as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as condições mínimas para a sua realização, cabendo ao diretor técnico da instituição garantir tais condições.

Art. 2º - Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática de anestesia as a seguir relacionadas:

I - Monitorização dos pacientes com esfigmomanômetro, estetoscópio pré-cordial ou esofágico e cardioscópio.

II - Monitorização do CO2 expirado e da saturação da hemoglobina, nas situações tecnicamente indicadas;

III - Monitorização da saturação de hemoglobina, de forma obrigatória, nos hospitais que utilizam usinas concentradoras de oxigênio;

IV - Deverão estar à disposição do anestesista equipamentos, gases e drogas que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança e desfibrilador, cardioscópio, sistema ventilatório e medicações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiopulmonar;

V - O equipamento básico para administração de anestesia deverá ser constituído por secção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório completo, tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, laringoscópio, cânulas orofaríngeas, aspirador, agulhas e material para bloqueios anestésicos;

VI - Todo paciente após a cirurgia deverá ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico.

VII - Enquanto não estiver disponível a sala de recuperação pós-anestésica, o paciente deverá permanecer na sala de cirurgia até a sua liberação pelo anestesista.

VIII - Os critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista.

Art. 3º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogada a Resolução CFM n.º 851/78, de 04 de setembro de 1978.

Brasília-DF, 12 de março de 1993.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.367/93

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República;

CONSIDERANDO que cabe aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização do exercício da profissão de médico e das Empresas prestadoras de Serviços Médicos;

CONSIDERANDO que a descentralização dos Conselhos de Medicina propiciará a dinamização de suas atividades administrativas, judicantes, de fiscalização e de promoção ética;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária realizada em 05 de maio de 1993.

RESOLVE:

Art. 1º - Os Conselhos Regionais de Medicina poderão criar Delegacias Regionais e/ou Representações, obedecendo a critérios de divisão geográfica e população médica.

Art. 2º - As Delegacias Regionais e Representações terão por função a representatividade do Conselho Regional em seu âmbito geográfico, sendo jurisdicionados a elas os médicos residentes nos municípios que as compõem.

Art. 3º - Os Conselhos Regionais de Medicina definirão, através de Resolução, a jurisdição, a composição, as competências, as normas eleitorais e o funcionamento das Delegacias e Representações.

Parágrafo único - As Delegacias e Representações não terão poder judicante, podendo, porém, realizar sindicâncias e tomar depoimentos na instrução de processos ético-profissionais, mediante precatória.

Art. 4º - As Delegacias Regionais e Representações serão subsidiadas financeiramente pelos respectivos Conselhos Regionais.

Parágrafo único - As Delegacias e Representações prestarão contas aos Conselhos Regionais de Medicina da utilização desses recursos.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.401/93

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina, conforme determina o artigo 2º da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão da sua atividade básica ou em relação àquela pela qual prestam serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a RESOLUÇÃO CFM N.º 1.342, de 08 de março de 1991, confere ao Diretor Técnico a responsabilidade de prover os meios indispensáveis à prática médica e de zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares vigentes;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e de tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de novembro de 1993.

RESOLVE:

Art. 1º - As empresas de seguro-saúde, empresas de Medicina de Grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.

Art. 2º - Os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constantes no artigo 1º são;

- a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente;
- b) justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico;
- c) ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente;
- d) inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares pelo paciente e o médico.

Art. 3º - É vedado à empresa contratante estabelecer qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 4º - O registro das empresas referidas no artigo 1º, no Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição, é condição indispensável para o licenciamento do pleno direito do exercício de suas ações na área da saúde.

Art. 5º - As empresas constantes no artigo 1º terão um prazo de 60 (sessenta) dias para adotarem as providências administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Resolução.

Art. 6º - O descumprimento da presente Resolução fará com que os Diretores Técnicos sejam enquadrados nos termos do Código de Ética Médica e as empresas respectivas fiquem sujeitas ao cancelamento de seus registros no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, sendo o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e demais autoridades competentes.

Art. 7º - A presente Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.451/95

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional, e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece os princípios norteadores da boa prática médica;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina constataram condições estruturais, materiais e humanas inadequadas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 10 de março de 1995,

RESOLVE:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Artigo 2º - A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia.

Artigo 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardiorrespiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência.

Artigo 4º - Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto Socorro, deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;
- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Artigo 5º - O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto;

Artigo 6º - Os diferentes portes de Prontos Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população;

Artigo 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Paulo-SP, 10 de março de 1995.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.480/97

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial;

CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

CONSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;

CONSIDERANDO a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros,

RESOLVE:

Art. 1º. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2º. Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "termo de declaração de morte encefálica" anexo a esta Resolução.

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3º. A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4º. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

Art. 5º. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas

b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas

c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas

d) acima de 2 anos - 6 horas

Art. 6º. Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,

b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,

c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art. 7º. Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c";

b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;

c) de 2 meses a 1 ano incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;

d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8º. O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9º. Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº1.346/91.

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL - TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

(Res. CFM n.º 1.480 de 08/08/97)

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

IDADE: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar: _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 - Causa do Coma:

A.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia () SIM () NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO - Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

IDADE INTERVALO

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico Resultados

1º exame 2º exame

Coma aperceptivo ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Pupilas fixas e arreativas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo córneo-palpebral ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexos oculocefálicos ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de respostas às provas calóricas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo de tosse ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Apnéia ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante).

1 - PRIMEIRO EXAME 2 - SEGUNDO EXAME

DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____

END.: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____

END.: _____

ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral 2. Cintilografia Radioisotópica 3. Doppler Transcraniano 4. Monitorização da pressão intracraniana 5. Tomografia computadorizada com xenônio 6. Tomografia por emissão de foton único 7. EEG 8. Tomografia por emissão de pósitrons 9. Extração Cerebral de oxigênio 10. outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supra-espinal.

Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infra-espinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 - Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 - Teste da apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO₂ de até 55 mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 - Ventilar o paciente com O₂ de 100% por 10 minutos.

3.2 - Desconectar o ventilador.

3.3 - Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO₂ atingir 55 mmHg.

4 - Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 - Em pacientes com dois anos ou mais - 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 h.

7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13).

RESOLUÇÃO CFM nº 1.488/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que o trabalho é um meio de prover a subsistência e a dignidade humana, não devendo gerar mal-estar, doenças e mortes;

CONSIDERANDO que a saúde, a recuperação e a preservação da capacidade de trabalho são direitos garantidos pela Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o médico é um dos principais responsáveis pela preservação e promoção da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar os critérios para estabelecer onexo causal entre o exercício da atividade laboral e os agravos da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a atividade dos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador;

CONSIDERANDO o estabelecido no artigo 1º, inciso IV, artigo 6º e artigo 7º, inciso XXII da Constituição Federal; nos artigos 154 e 168 da Consolidação das Leis do Trabalho, bem como as normas do Código de Ética Médica e a Resolução CREMESP n.º 76/96;

CONSIDERANDO as recomendações emanadas da 12ª Reunião do Comitê Misto OIT/OMS, realizada em 5 de abril de 1995, onde foram discutidos aspectos relacionados com a saúde do trabalhador, medicina e segurança do trabalho;

CONSIDERANDO a nova definição da medicina do trabalho, adotada pelo Comitê Misto OIT/OMS, qual seja: proporcionar a promoção e manutenção do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores ;
CONSIDERANDO as deliberações da 49ª Assembléia Geral da OMS, realizada em 25.8.96, onde foram discutidas as estratégias mundiais para a prevenção, controle e diminuição dos riscos e das doenças profissionais, melhorando e fortalecendo os serviços de saúde e segurança ligados aos trabalhadores;
CONSIDERANDO que todo médico, independentemente da especialidade ou do vínculo empregatício - estatal ou privado -, responde pela promoção, prevenção e recuperação da saúde coletiva e individual dos trabalhadores;
CONSIDERANDO que todo médico, ao atender seu paciente, deve avaliar a possibilidade de que a causa de determinada doença, alteração clínica ou laboratorial possa estar relacionada com suas atividades profissionais, investigando-a da forma adequada e, caso necessário, verificando o ambiente de trabalho;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de fevereiro de 1998,
RESOLVE:

Art. 1º - Aos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe:

I - assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;
II - fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento;
III - fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico pôr à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

Art. 2º - Para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;
II - o estudo do local de trabalho;
III - o estudo da organização do trabalho;
IV - os dados epidemiológicos;
V - a literatura atualizada;
VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;
VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;
VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;
IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

Art. 3º - Aos médicos que trabalham em empresas, independentemente de sua especialidade, é atribuição:

I - atuar visando essencialmente à promoção da saúde e à prevenção da doença, conhecendo, para tanto, os processos produtivos e o ambiente de trabalho da empresa;
II - avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação;
III - dar conhecimento aos empregadores, trabalhadores, comissões de saúde, CIPAS e representantes sindicais, através de cópias de encaminhamentos, solicitações e outros documentos, dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como dos outros informes técnicos de que dispuser, desde que resguardado o sigilo profissional;
IV - Promover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortunístico, sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita de nexo causal da doença com o trabalho. Deve ser fornecida cópia dessa documentação ao trabalhador;
V - Notificar, formalmente, o órgão público competente quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho.

Art. 4º - São deveres dos médicos de empresa que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade:

I - atuar junto à empresa para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;
II - promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências para o trabalho, desde que este não as agrave ou ponha em risco sua vida;
III - opor-se a qualquer ato discriminatório impeditivo do acesso ou permanência da gestante no trabalho, preservando-a, e ao feto, de possíveis agravos ou riscos decorrentes de suas funções, tarefas e condições ambientais.

Art. 5º - Os médicos do trabalho (como tais reconhecidos por lei), especialmente aqueles que atuem em empresa como contratados, assessores ou consultores em saúde do trabalhador, serão responsabilizados por atos que concorram para agravos à saúde dessa clientela conjuntamente com os outros médicos que atuem na empresa e que estejam sob sua supervisão nos procedimentos que envolvam a saúde do trabalhador, especialmente com relação à ação coletiva de promoção e proteção à sua saúde.

Art. 6º - São atribuições e deveres do perito-médico de instituições previdenciárias e seguradoras:

I - avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;
II - subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;
III - comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito médico (CRM, nome e matrícula);
IV - orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária;

Art. 7º - Perito médico-judicial é aquele designado pela autoridade judicial, assistindo-a naquilo que a lei determina.

Art. 8º - Assistente técnico é o médico que assiste às partes em litígio.

Art. 9º - Em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização expressa do próprio assistido.

Art. 10 - São atribuições e deveres do perito médico judicial e assistentes técnicos:

I - examinar clinicamente o trabalhador e solicitar os exames complementares necessários.

II - o perito médico judicial e assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem fazer-se acompanhar, se possível, pelo próprio trabalhador que está sendo objeto da perícia, para melhor conhecimento do seu ambiente de trabalho e função.

III - estabelecer o nexo causal, CONSIDERANDO o exposto no artigo 4º e incisos.

Art. 11 - Deve o perito médico judicial fornecer cópia de todos os documentos disponíveis para que os assistentes técnicos elaborem seus pareceres. Caso o perito médico judicial necessite vistoriar a empresa (locais de trabalho e documentos sob sua guarda), ele deverá informar oficialmente o fato, com a devida antecedência, aos assistentes técnicos das partes (ano, mês, dia e hora da perícia).

Art. 12 - O médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresas e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados).

Art. 13 - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.490/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente;

CONSIDERANDO a responsabilidade do Diretor Técnico de zelar pelo provimento de condições dignas de trabalho e meios indispensáveis à prática médica, conforme item "b" do artigo 2º da Resolução CFM n.º 1.342/91;

CONSIDERANDO que o médico deve acatar as normas e respeitar Acórdãos e Resoluções do Conselho Federal de Medicina, conforme determina o artigo 142 do Código de Ética Médica,

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13 de fevereiro de 1998.

RESOLVE:

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

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

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

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

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

Art. 6º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 13 de fevereiro de 1998.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.494/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que as organizações de assistência médica, ligadas a universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas eventualmente convidam médicos estrangeiros para que pratiquem demonstrações didáticas, incluindo atos médico-cirúrgicos;

CONSIDERANDO que compete aos Conselhos de Medicina a autorização para o exercício profissional médico no país;

CONSIDERANDO ser dever dos Conselhos de Medicina zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO que o principal objetivo da Medicina é o bem-estar do paciente;

CONSIDERANDO o que prescreve a Resolução CFM n.º 885/78 e,

CONSIDERANDO, ainda, o decidido no dia 19.6.98, em Sessão Plenária deste Conselho,

RESOLVE:

Art. 1º - A autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros, quando convidados por universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas, implica no cumprimento, perante o Conselho Regional de Medicina, das seguintes obrigações:

a) nomeação dos membros da equipe médica convidada;

b) comprovação da regularização da entrada, em território nacional dos membros da equipe convidada;

a) comprovação, com documentos originais de seus países de origem, da habilitação profissional dos médicos convidados;

d) apresentação da programação a ser desenvolvida, com anuência da instituição patrocinadora, contendo:
I - local da execução dos procedimentos;

II - comprovação da capacidade técnica para executá-los;

III - nomeação da equipe médica local assistente, com descrição de cada nível específico de responsabilidade;

IV - critério de seleção de pacientes a serem atendidos, sem discriminação de qualquer espécie;

V - descrição do esquema de atendimento pós-operatório imediato e tardio, incluindo tratamento de complicações e seqüelas;

VI - consentimento esclarecido do paciente ou de seus representantes legais;

VII - parecer favorável da Comissão de Ética Médica da instituição.

Art. 2º - A observância do cumprimento desta Resolução é da responsabilidade do Diretor Técnico da instituição.

Art. 3º - É vedada a cobrança, a qualquer título, de pagamento pelos atos médicos realizados.

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

RESOLUÇÃO CFM nº 1.497/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que caberá aos Conselhos Regionais de Medicina fiscalizar os atos profissionais do médico designado como perito;

CONSIDERANDO a redação do Parágrafo único do artigo 424 do Código de Processo Civil, o qual determina ao Juiz que comunique à corporação profissional quando o perito deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi determinado;

CONSIDERANDO a intenção do legislador em delegar aos Conselhos de Fiscalização Profissional poderes para apuração de fatos, através da instauração de Processo Ético-Disciplinar e a respectiva aplicação da pena;

CONSIDERANDO que o médico perito, ao ser nomeado, investe-se automaticamente em função pública, subordinando-se às obrigações e preceitos norteadores da administração pública;

CONSIDERANDO que todos aqueles que desempenham atividades administrativas e públicas, em razão de encargo ou contrato, são denominados Agentes Públicos;

CONSIDERANDO que o desempenho de funções administrativas expõe o Agente Público às responsabilidades penal, civil e administrativa;

CONSIDERANDO, ainda, que a Resolução CFM n.º 672/75 determina aos médicos que se mantenham atentos às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil;

CONSIDERANDO que para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO que o artigo 142 do Código de Ética Médica obriga o médico a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o aprovado em Sessão Plenária de 08 de julho de 1998;

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar que o médico nomeado perito execute e cumpra o encargo, no prazo que lhe for determinado, mantendo-se sempre atento às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil.

Parágrafo único - O médico fará jus aos honorários decorrentes do serviço prestado.

Art. 2º - O médico designado perito pode, todavia, nos termos do artigo 424 do Código de Processo Civil, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo.

Art. 3º - O descumprimento da presente Resolução configura infração ética, sujeita a ação disciplinar pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

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

RESOLUÇÃO CFM nº 1.499/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei n.º 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO o surgimento e a proliferação de práticas pretensamente terapêuticas, à margem do conhecimento científico aceito pela comunidade acadêmica;

CONSIDERANDO que tais práticas, quando inseridas na atividade médica, atentam contra a dignidade profissional;

CONSIDERANDO os riscos à saúde das pessoas submetidas a procedimentos destituídos de embasamento científico;

CONSIDERANDO que os médicos são obrigados ao cumprimento da legislação sanitária do país;

CONSIDERANDO que o art. 124 do CEM veda ao médico "usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências";

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária realizada em 26.8.98,

RESOLVE:

Art. 1º - Proibir aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica.

Art. 2º - O reconhecimento científico, quando ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país.

Art. 3º - Fica proibida qualquer vinculação de médicos a anúncios referente a tais métodos e práticas.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.500/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei n.º 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela saúde e vida do ser humano, sendo-lhe vedado realizar atos não consagrados nos meios acadêmicos ou ainda não aceitos pela comunidade científica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso em nosso país, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências;

CONSIDERANDO a crescente divulgação, entre a população, de novos métodos terapêuticos baseados no emprego de substâncias visando ao equilíbrio celular e a insuficiente comprovação científica de algumas dessas propostas;

CONSIDERANDO a existência de extensa literatura científica sobre radicais livres, substâncias antioxidantes e nutrição humana;

CONSIDERANDO a dificuldade da transposição de informações originadas de dados de experimentações realizadas em animais ou em sistemas, órgãos, tecidos e células isoladas para a prática clínica diária;

CONSIDERANDO os riscos potenciais de doses inadequadas de produtos terapêuticos tais como algumas vitaminas e certos sais minerais;

CONSIDERANDO a necessidade de definir limites de emprego, indicações e critérios científicos para a aplicação de procedimentos associados à prática ortomolecular;

CONSIDERANDO as contribuições emanadas do CREMESP e de Câmara Técnica composta por membros deste egrégio Conselho Federal, bem como de pesquisadores de várias especialidades científicas;

CONSIDERANDO, ainda, o que preceitua a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, contendo diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, e a Resolução n.º 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos;

CONSIDERANDO o teor das Portarias n.ºs. 32, 33 e 40/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária, que estabelecem normas para níveis de dosagens diárias de vitaminas e minerais em medicamento e a utilização diária pelo usuário;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26.8.98,

RESOLVE:

Art. 1.º. Os termos prática ortomolecular, biomolecular e oxidologia, habitualmente empregados, serão considerados equivalentes referindo-se à área médica que visa atingir o equilíbrio das células e das moléculas do corpo humano por meio de intervenções terapêuticas.

Art. 2.º. A prática ortomolecular pressupõe o emprego de técnicas que possam avaliar quais nutrientes (vitaminas, minerais, ácidos graxos ou aminoácidos) possam, eventualmente, estar em falta ou em excesso no organismo humano por alteração de sua produção, absorção ou excreção.

Art. 3.º. As técnicas mencionadas para essa avaliação e diagnóstico compreendem anamnese, exame físico e exames laboratoriais complementares, suficientemente sensíveis, reprodutíveis, precisos e de ampla aceitação científica, solicitados dentro de limites usuais razoáveis e estabelecidos.

Art. 4.º. A identificação de alguma das deficiências ou excessos mencionadas só poderá ser atribuída a erro nutricional após terem sido investigadas e tratadas as doenças de base concomitantes.

Art. 5.º. Medidas higiênicas e dietéticas não podem ser substituídas por nenhum tratamento medicamentoso.

Art. 6.º. Os tratamentos da prática Ortomolecular devem obedecer aos seguintes postulados:

I) existência, em literatura médica, de fundamentação bioquímica e fisiológica e/ou de evidências clínico-epidemiológicas que indiquem efeito terapêutico benéfico;

II) existência de dados, em literatura, que sugiram maiores benefícios do que malefícios com os referidos tratamentos, particularmente de eventuais efeitos tóxicos;

III) informações clínico-epidemiológicas sobre eventuais benefícios terapêuticos obtidas de estudos observacionais - tipo caso-controle, coorte ou transversal ou experimentais não-randomizados - poderão ser tomadas como evidência científica apenas e tão somente enquanto não se detenham resultados de ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia e a eficiência terapêutica considerada;

IV) o conjunto de ensaios clínicos randomizados de boa qualidade metodológica será tomado como a fonte de evidência científica e os seus resultados nortearão provisoriamente todos os aspectos biomédicos éticos, morais e profissionais relacionados aos referidos tratamentos;

V) nenhum tipo de matéria jornalística sobre estes tratamentos, mesmo que acompanhada de citações científicas, serve como apoio a tratamentos médicos.

Art. 7.º. Os tratamentos propostos pela prática ortomolecular incluem:

I) correção nutricional e de hábitos de vida;

II) reposição medicamentosa das deficiências de nutrientes, de acordo com o art. 2.º;

III) emprego terapêutico de vitaminas, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos com finalidades de modular o "estresse oxidativo";

IV) remoção de minerais quando em excesso (ex.: ferro, cádmio) ou minerais tóxicos (ex.: chumbo, mercúrio, alumínio).

Art. 8.º. A correção de hábitos nutricionais inadequados compreende a reorientação científica do uso de alimentos quanto a qualidade, quantidade, composição, balanceamento, ritmo, fracionamento e outros fatores da mesma natureza, não compreendendo o uso de suplementos vitamínicos, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos.

Art. 9.º. A correção de hábitos de vida inadequados consiste em promover hábitos saudáveis em relação a trabalho, lazer, bem-estar, convívio social e familiar, atividade física, objetivos de vida e a combater hábitos perniciosos tais como o tabagismo, excesso de álcool, a automedicação e uso de drogas que provoquem dependência.

Art. 10. A reposição medicamentosa de comprovadas deficiências de nutrientes se fará de acordo com os seguintes parâmetros:

I) em princípio, a deficiência deve ser considerada isoladamente para cada nutriente e não em conjunto com outros, exceto para os nutrientes interdependentes (ex: cálcio, magnésio);

II) existência denexo causal entre a reposição de nutrientes - considerada especificamente - e a prevenção de manifestações clínicas indicativas de doenças ou associadas com redução da qualidade de vida ou ocorrência de morte mais precoce.

Art. 11.º. O emprego terapêutico de vitaminas, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos com a finalidade de modular o "estresse oxidativo" deve obedecer ao seguinte princípio: o valor terapêutico de cada uma das substâncias químicas mencionadas deverá ser avaliado para cada tipo de evento mórbido.

Art. 12º. A remoção de minerais quando em excesso ou de minerais tóxicos se fará de acordo com os seguintes princípios:

- I) o excesso de cada mineral ou a presença de mineral tóxico deverá ser considerado isoladamente e não em conjunto com o de outros;
- II) existência, na literatura médica, de ampla fundamentação bioquímica e fisiológica sobre o efeito deletério do excesso do mineral considerado ou do mineral tóxico no nível detectado, bem como de dados que comprovem a possibilidade de correção efetiva por meio da remoção proposta;
- III) além da melhora dos parâmetros laboratoriais, deverá haver comprovação científica objetiva de utilidade clínica;
- IV) o valor terapêutico da remoção de um determinado mineral deverá ser avaliado para cada tipo de distúrbio considerado.

Art. 13º. São métodos destituídos de comprovação científica suficiente quanto ao benefício para o ser humano sadio ou doente e, por essa razão, proibidos de divulgação e uso no exercício da Medicina os procedimentos de prática ortomolecular, diagnósticos ou terapêuticos, que empregam:

- I) megadoses de vitaminas;
- II) antioxidantes para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças agudas ou em estado crítico;
- III) quaisquer terapias ditas antienvelhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;
- IV) EDTA para remoção de metais pesados fora do contexto das intoxicações agudas;
- V) EDTA como terapia antienvelhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;
- VI) análise de fios de cabelo para caracterizar desequilíbrios bioquímicos;
- VII) vitaminas antioxidantes ou EDTA para genericamente "modular o estresse oxidativo".

Art. 14º. O Conselho Federal de Medicina providenciará, dentro de suas atribuições legais, a reavaliação periódica da metodologia científica envolvida, mediante a nomeação de Câmara técnica a ser instalada no prazo de 30 (trinta) dias. Parágrafo único - A reavaliação referida no "caput" deste artigo será baseada em pareceres escritos emitidos por Comissões "ad hoc", constituídas por membros do Conselho Federal de Medicina, por especialistas na área da Pesquisa Clínica, Preventiva, Social, Epidemiológica e por especialistas de outras áreas interessadas no tema.

Art. 15º. Qualquer indicação ou prescrição de medida terapêutica da prática ortomolecular é de exclusiva competência e responsabilidade do médico.

Art. 16º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.536/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que as relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente, basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um;

CONSIDERANDO controvérsias ainda existentes na área de atuação de médicos e cirurgiões-dentistas no que diz respeito ao tratamento de doenças que acometem a região crânio-cervical;

CONSIDERANDO ser inquestionável, em face da vigente legislação de sua formação acadêmica, que o cirurgião-dentista não é habilitado nem autorizado à prática da anestesia geral, e nem à emissão de atestado de óbito;

CONSIDERANDO que as cirurgias crânio-cervicais são realizadas por médicos especializados, aos quais é impossível estabelecer restrições de qualquer natureza, salvo as de estrita competência do cirurgião-dentista;

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer normas que visem proporcionar aos profissionais e pacientes um maior grau de segurança e eficácia no tratamento dessas doenças;

CONSIDERANDO os resultados dos estudos a respeito da prática da cirurgia Buco-Maxilo-Facial, realizados pela Câmara Técnica composta por representantes dos Conselhos Federais de Medicina e de Odontologia e das Sociedades Brasileiras de Anestesiologia, Cirurgia Plástica Estética e Reparadora, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial;

CONSIDERANDO o que dispõem as Resoluções CFM nºs 1.363/93 e 1.409/94;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina, em 11 de novembro de 1998;

RESOLVE:

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

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

Art. 3º - Os médicos anestesiológicos só poderão atender as solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos a cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, conforme disposto na Resolução CFM nº 1.363/93.

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

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

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

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

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

Art. 8º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.590/99

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei nº 9.656, de 13 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde;

CONSIDERANDO a Medida Provisória nº 1.908-20, de 25 de novembro de 1999, que altera a referida Lei nº 9.656/98; CONSIDERANDO as Resoluções CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, nº 1.214, de 16 de abril de 1985, nº 1.340, de 13 de julho de 1990, nº 1.584/99, de 15.10.99 e 1.588 de 11 de novembro de 1999;

CONSIDERANDO a conceituação de Seguro-Saúde, Planos de Empresas, Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Planos de Autogestão, disposta no Parecer do Setor Jurídico do CFM, nº 001, de 04 de janeiro de 1999;

CONSIDERANDO a relevância da matéria que envolve a inscrição dos planos de assistência à saúde junto aos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o que ficou decidido na Sessão Plenária de 15.12.99,

RESOLVE:

Art. 1º - É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde;

Parágrafo Único - Entende-se como Conselho Regional de Medicina competente, nos termos do caput deste artigo, o da unidade da federação em que as empresas citadas exerçam suas atividades, independentemente do estado onde esteja situada sua sede ou matriz.

Art. 2º - As empresas referidas no artigo 1º desta Resolução terão obrigatoriamente um Diretor Técnico em cada unidade federativa que responderá eticamente perante o Conselho Regional de Medicina em que atuar

Art. 3º - Serão cobradas das empresas, entidades e instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares, com capital social registrado na Junta Comercial ou Cartório de Registro de Documentos, as taxas determinadas na Resolução 1.584/99.

Art. 4º - Serão cobradas das empresas e/ou instituições mantenedoras de ambulatórios que não tenham capital social registrado na Junta Comercial ou Cartório de Registro de Documentos as taxas mínimas determinadas pela Resolução 1.584/99.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.607/2000

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela a Art. 7º, Parágrafo 1º e 2º da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que as anuidades em atraso perante os Conselhos Regionais de Medicina dificultam o seu regular funcionamento e prejudicam a fiscalização ética dos médicos;

CONSIDERANDO que o exercício profissional deve atender aos requisitos dispostos em lei;

CONSIDERANDO que os valores correspondentes às anuidades devidas pelos médicos são considerados contribuições parafiscais, não se admitindo que os responsáveis pelas autarquias de fiscalização profissional deixem de promover a devida cobrança desse débito, inclusive perante o Poder Judiciário;

CONSIDERANDO a autonomia financeira dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o que foi aprovado no Pleno Nacional do II Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, em outubro de 2000;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 23.11.00.

RESOLVE:

Art. 1º - Em caso de inadimplência do médico por mais de 01 (um) ano, em relação às anuidades, este terá automaticamente cancelada sua inscrição junto ao CRM, estando proibido de exercer a medicina, sob pena de ser processado por exercício irregular da profissão, sem prejuízo de inscrição de seu débito na Dívida Ativa da União.

Parágrafo único - O cancelamento só poderá ocorrer após 30 (trinta) dias da notificação inequívoca do médico.

Art. 2º - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.609/2000

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente os seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 2, 29, 38, 42, 44, 124, 127 e 132 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a prática médica brasileira, visando, o bem estar da população e o perfeito desenvolvimento científico da Medicina.

CONSIDERANDO que os procedimentos experimentais médicos devem obedecer à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do dia 13.12.2000.

RESOLVE:

Art. 1º - Os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, para serem reconhecidos como válidos e utilizáveis na prática médica nacional, deverão ser submetidos à aprovação do Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo único – A avaliação do procedimento será feita através de Câmaras Técnicas e homologada pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º - O procedimento que tiver o seu reconhecimento negado, será considerado experimental, ficando sua utilização condicionada às normas específicas que regem a matéria e somente poderá ser reavaliado após dois anos de estudos.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

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

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

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

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

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

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

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou de seu representante legal e/ou seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

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

Parágrafo único - É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 - Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 - É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 - O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

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

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

Art. 16 - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Alteração da Resolução CFM nº 1.614/2001, publicada no Diário Oficial da União de 10/04/2001

Na Resolução CFM nº 1.614, de 08 de fevereiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União de 09.03.2001, Seção I, página 16 – No artigo 1º - onde se lê: regularmente inscrito - leia-se: *regularizado*. No artigo 7º acrescenta-se o *Parágrafo 1º - "Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria."* – onde se lê: *Parágrafo 1º - leia-se – Parágrafo 2º, onde se lê: Parágrafo 2º - leia-se: Parágrafo 3º.*

RESOLUÇÃO CFM nº 1.616/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO ser obrigação dos Conselhos de Medicina fiscalizar as condições do exercício profissional de médico e os padrões de serviços médicos e hospitalares em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, em seu artigo 8º, inciso I, determina que as Operadoras de Planos de Saúde, para terem habilitação legal de funcionamento, devem obrigatoriamente registrar-se nos Conselhos de Medicina, em cumprimento ao disposto no artigo 1º da Lei n.º 6.839, de 30 de setembro de 1980, ficando conseqüentemente sob a fiscalização ética e técnica dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que toda empresa de serviços médicos, inclusive as Operadoras de Planos de Saúde, quando do registro nos Conselhos de Medicina torna-se obrigada a possuir diretor ou responsável técnico, bem como apresentar Regimento Interno e Regulamento do Corpo Clínico;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, em seu artigo 18, dispõe que a aceitação de qualquer profissional de saúde como prestador de serviços, na condição de referenciado, credenciado ou associado de Operadoras de Planos de Saúde, implica em obrigações com os pacientes;

CONSIDERANDO a crescente ocorrência de rescisão unilateral de contratos de credenciamentos de médicos sem que os pacientes sejam previamente informados, prejudicando assim seus tratamentos, com risco potencial de vida decorrente da interrupção súbita do atendimento médico, o que caracteriza flagrante desrespeito aos direitos individuais do cidadão;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 07 de abril de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Plano de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora.

Art. 2º - O desligamento voluntário do médico referenciado, credenciado ou associado obriga-o a comunicar sua decisão, com antecedência mínima de 60 dias, à Operadora de Plano de Saúde a qual está vinculado; e a disponibilizar aos seus pacientes os dados clínicos em seu poder, a fim de garantir-lhes a continuidade do tratamento médico.

Art. 3º - A decisão de desligamento deverá ser homologada pelo Conselho Regional de Medicina, num prazo de 30 dias.

Art. 4º - As Operadoras de Planos de Saúde devem obrigatoriamente comunicar os desligamentos de médicos aos seus usuários.

Art. 5º - O diretor técnico da operadora é o responsável pelo cumprimento desta norma.

Art. 6º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário .

RESOLUÇÃO CFM nº 1.619/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o artigo 15 letra "b", e o artigo 17 da Lei n.º 3.268/57 e os artigos 1º e 2º do Decreto n.º 44.045 de 19 de julho de 1.958;

CONSIDERANDO o contido nos artigos 1º e 2º, parágrafo único do artigo 5º e parágrafo 1º do artigo 6º da Lei nº 6.681/79;

CONSIDERANDO a necessidade de os Conselhos terem permanente conhecimento da situação dos médicos em sua jurisdição;

CONSIDERANDO que o médico militar ao exercer cumulativamente a medicina como médico civil deve inscrever-se nos Conselhos como médico civil;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de maio de 2001.

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos médicos que exercem suas atividades como militar que até o dia 28 de fevereiro de cada ano apresentem, aos Conselhos aos quais estão jurisdicionados, prova de sua condição de médico militar exclusivo.

Art. 2º - O documento hábil para esta comprovação será a certidão emitida pelo comandante ou chefe imediato da unidade onde o médico exerça suas funções.

Art. 3º - A não apresentação dessa certidão em tempo hábil, ensejará a transformação imediata da inscrição de médico militar exclusivo para médico civil.

Brasília-DF, 16 de maio de 2001.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.621/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Cirurgia Plástica é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Médica Brasileira, sem incorrer em subdivisões topográficas, diagnósticas ou de finalidade;

CONSIDERANDO que a prática da Cirurgia Plástica requer um conjunto de pré-requisitos e conhecimentos técnicos e científicos adquiridos na graduação e/ou pós-graduação (residência e/ou especialização);

CONSIDERANDO que o médico para exercer regularmente a cirurgia plástica deve ter o título de especialista respectivo, obtido através de residência médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica ou mediante concurso promovido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica;

CONSIDERANDO que a Cirurgia Plástica visa tratar doenças e deformidades anatômicas, congênicas, adquiridas, traumáticas, degenerativas e oncológicas, bem como de suas conseqüências, objetivando beneficiar os pacientes visando seu equilíbrio biopsicosocial e conseqüente melhoria sobre a sua qualidade de vida;

CONSIDERANDO que a diversidade de resposta biológica é inerente às características individuais e genéricas;

CONSIDERANDO que é dever do médico a rigorosa observação do contido no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de informar a Sociedade Civil e esclarecer dúvidas quanto à função da Cirurgia Plástica como especialidade médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de maio de 2001.

RESOLVE:

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

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

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

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

Art. 5º - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação revogando-se as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.622/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o art. 2º da Lei nº 3.268 – "O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhe 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 os artigos 123, 124, 126 e 127, dispostos no Capítulo XII do Código de Ética Médica, referente à pesquisa médica, nos quais "É vedado ao médico:

O Art. 123 – Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e conseqüências da pesquisa;

Parágrafo único – Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu representante legal.

O Art. 124 – Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

O Art. 126 – Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

O Art. 127 – Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

CONSIDERANDO os estudos realizados em conjunto pelo Conselho Federal de Medicina e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, por meio de sua Comissão Científica;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 15/2001;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 16 de maio de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º – Considerar como procedimento terapêutico, ou seja, procedimento corretivo funcional, da prática médico-oftalmológica usual:

– O tratamento com fotoablação corneana por "Excimer Laser" para miopia, astigmatismo e opacidades corneanas;

II – O tratamento com fotoablação corneana por "Excimer Laser" para hipermetropia de até 6 dioptrias de equivalente esférico, em pacientes com mais de 18 anos de idade;

Art. 2º – Manter como experimentais:

I – Halo implantes com finalidade refrativa;

II – Implantes intracorneanos e esclerais;

III – Epiceratofacia;

IV – Implante de lente intra-ocular em olhos fáticos, com finalidade refrativa;

V – Extração de cristalino transparente com finalidade refrativa;

VI – Cirurgia para correção de presbiopia;

Art. 3º – Tornar sem efeito a Resolução CFM nº 1.459/95 de 06 de dezembro de 1995.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.623/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;
CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;
CONSIDERANDO que o médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde;
CONSIDERANDO ser vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento;
CONSIDERANDO ser vedado ao médico participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos;
CONSIDERANDO ser vedado ao médico obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe;
CONSIDERANDO que a perda traumática, a ausência congênita de tecidos e situações clínicas de difícil resolução, como por exemplo as queimaduras extensas, permanecem como um desafio terapêutico, independentemente das alternativas disponíveis, influenciando a morbidade e mortalidade;
CONSIDERANDO que o cultivo de células *in vitro* representa uma alternativa terapêutica;
CONSIDERANDO a existência de normas legais vigentes no país relativas à doação e transplante de órgãos e tecidos;
CONSIDERANDO que o transplante de tecidos ou células para finalidades terapêuticas é um ato médico;
CONSIDERANDO que no País se inicia a normatização referente a Bancos de Tecidos e Células;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de julho de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O funcionamento dos serviços onde são desenvolvidos a captação, processamento, armazenamento, distribuição e efetivação de transplante de tecidos e células para fim terapêutico deve estar condicionado à aprovação da Comissão de Ética Médica da instituição a que estão vinculados.

Captação de tecidos e células para cultivo:

Art. 2º - A captação de tecidos e células para cultivo para uso alógeno e autógeno deve obedecer a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, alterada pela MP nº 1718, de 6 de outubro de 1998, regulamentada pelo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1998, e disciplinada pelas Portarias GM/MS nº 3.407, de 5 de agosto de 1998, e 904, de 16 de agosto de 2000.

Processamento:

Art. 3º - O processamento deve obedecer a protocolos pré-estabelecidos, devidamente registrados e embasados na experiência científica nacional e internacional.

Art. 4º - As características da função celular e a qualidade biológica dos tecidos e células cultivados devem ser comprovadas e documentadas previamente à utilização terapêutica.

Art. 5º - O cultivo das células e tecidos deve ser conduzido em instalações e em condições técnicas apropriadas, segundo normas que permitam a produção de materiais compatíveis e seguros para seu uso como transplantes ou implantes.

Parágrafo único - Cabe à autoridade sanitária nacional estabelecer e supervisionar o cumprimento das normas acima citadas.

Armazenamento:

Art. 6º - Os tecidos e células cultivados devem ser armazenados em condições que permitam:

- I. a rigorosa identificação do doador;
- II. fácil acesso ao tecido/células quando do momento de seu uso;
- III. a manutenção das qualidades biológicas e funcionais durante o período considerado válido para armazenamento;
- IV. a existência de sistemas de controle relativos a contaminações bacterianas, virais e fúngicas durante o período de armazenamento.

Disponibilização:

Art. 7º - Os tecidos ou células cultivados devem ser disponibilizados de maneira a:

- I. assegurar a manutenção de sua qualidade desde o momento da retirada do estoque até sua utilização clínica;
- II. assegurar a identificação da origem e o histórico de processamento de todos os tecidos e células disponibilizados para transplante e/ou transplantados;
- III. tornar compulsório o registro dos resultados ou efeitos colaterais indesejáveis;
- IV. permitir o recolhimento e a eliminação de material considerado inadequado para transplante;
- V. assegurar que quando não utilizados em transplantes no respectivo doador, sejam desprezados ou possam ser utilizados em projetos científicos aprovados por Comissões de Ética e Pesquisa, desde que autorizado pelo doador;
- VI. permitir seu transplante a outro receptor que não o doador, desde que autorizado pelo mesmo.

Transplante:

Art. 8º - O transplante de tecidos e células cultivados deve:

- I. ser realizado por equipe médica tecnicamente capacitada;
- II. implicar na obrigatoriedade do registro, em prontuário médico do receptor, da origem dos tecidos e células transplantados e os dados do procedimento realizado;
- III. tornar obrigatória a existência do registro dos dados do doador e receptor nos arquivos do fornecedor do produto.

Art. 9º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.624/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a premência de agilizar os julgamentos de protocolos do Conselho Federal de Medicina;
CONSIDERANDO a necessidade de implantar mecanismos de coordenação das atividades judicantes do Conselho Federal de Medicina;
CONSIDERANDO a disponibilidade de conselheiros em Sessão de Julgamento;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de julho de 2001,
RESOLVE:

Art. 1º - Determinar que, em caráter excepcional e a critério do conselheiro corregedor, poder-se-á constituir uma Câmara especial, composta por no mínimo 5 (cinco) membros das demais Câmaras deste Conselho, a fim de julgar os recursos em sindicância que estiverem devidamente relatados.

Parágrafo único – É obrigatória a presença, na Sessão, do relator do recurso em sindicância.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de julho de 2001.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.627/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.405, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Lei n.º 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre essas categorias profissionais nem sempre estão bem definidos;

CONSIDERANDO que quando do início da vigência da Lei n.º 3.268/57 existiam praticamente só cinco profissões que compartilhavam o campo e o mercado dos serviços de saúde, quais sejam, a Medicina, a Veterinária, a Odontologia, a Farmácia e a Enfermagem, e que os limites entre essas carreiras profissionais estavam ajustados milenarmente em quase todos os casos;

CONSIDERANDO que agora, diferentemente, a área da saúde e da doença está pleorada de agentes profissionais sem que haja clara definição dos limites dos seus campos de trabalho;

CONSIDERANDO que cada uma dessas novas profissões foi instituída como se fosse uma atividade isolada, sem muita preocupação com as atividades que lhe eram limítrofes e sem estipulação precisa de quais seriam suas atividades privativas, de quais seriam as que compartilhariam com outras profissões e quais seriam essas categorias ocupacionais;

CONSIDERANDO a necessidade de haver uma melhor definição das atividades profissionais típicas e privativas de cada categoria profissional, dos limites de cada uma, das relações entre as atividades limítrofes e das relações de cada uma delas com a Medicina, por ser, de todas, a mais antiga e a de campo mais amplo de atuação, vez que interage com todas as outras;

CONSIDERANDO que se deve atentar para a unidade da Medicina, que não pode ser pulverizada, sem grave prejuízo para o interesse social;

CONSIDERANDO os conceitos essenciais da Medicina Preventiva, quais sejam, o de prevenção primária (profilaxia da ocorrência da enfermidade), prevenção secundária (prevenção da evolução da enfermidade) e prevenção terciária (prevenção da invalidez determinada por uma enfermidade);

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas à definição e alcance do ato médico;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária de 23 de outubro de 2001, realizada em Manaus, com supedâneo na Exposição de Motivos anexa;

CONSIDERANDO a Exposição de Motivos anexa a esta resolução,

RESOLVE:

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

a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

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

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

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

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

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

Artigo 4º - O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Manaus-AM, 23 de outubro de 2001.

RESOLUÇÃO CFM nº 1634/2002

Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas

firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado progressivamente o campo de trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento contínuo de especialidades;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, e a Comissão Nacional de Residência Médica, organismos voltados para o aperfeiçoamento técnico e desempenho ético dos que se dedicam à medicina no Brasil, decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país;

CONSIDERANDO que as entidades referidas, por visarem ao mesmo objetivo, vêm trabalhando em conjunto na forma de Comissão Mista de Especialidades para uniformizar a denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil;

CONSIDERANDO que conhecimentos e práticas médicas dentro de determinadas especialidades representam segmentos a elas relacionados, constituindo áreas de atuação caracterizadas por conhecimentos verticais mais específicos;

CONSIDERANDO que as especialidades sujeitam-se aos processos dinâmicos da medicina, não podendo, por isso, ser permanentes nem imutáveis, podendo, dependendo das circunstâncias e necessidades, sofrer mudanças de nomes, fusões ou extinções;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Comissão Mista de Especialidades e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 11.04.2002;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades - CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação constante do anexo II do presente instrumento.

Art. 2º Outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades.

Art. 3º Fica vedado ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades.

Art. 4º O médico só pode declarar vinculação com especialidade ou área de atuação quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º Fica vedado, por qualquer motivo, o registro e reconhecimento das especialidades não constantes do anexo II do convênio.

Parágrafo único - Excetua-se do caput deste artigo a documentação de pedido de avaliação para efeito de registro de especialidade que tiver sido protocolada nos Conselhos Regionais de Medicina até a data de publicação desta resolução.

Art. 6º Revogam-se todas as resoluções existentes que tratam de especialidades médicas, em especial as Resoluções CFM nº 1.286/89, 1.288/89, 1.441/94, 1.455/95, respeitados os direitos individuais adquiridos.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília - DF, 11 de abril de 2002.

CONVÊNIO AMB/CFM

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA –CFM, A ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB E A COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA-CNRM/MEC, PARA ESTABELECEM CRITÉRIOS PARA O RECONHECIMENTO E DENOMINAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO NA MEDICINA, E FORMA DE CONCESSÃO E REGISTRO DE TÍTULOS .

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM, entidade de fiscalização profissional, instituída pela Lei nº 3.268/57, e regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, com sede no SGAS 915 Sul, LOTE 72 – Brasília – DF, CGC nº 33.583.550/0001-30, representado por seu Presidente EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de Identidade nº 208.063/SSP/AM, CPF nº 038.566.822-87, a ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA -AMB, inscrita no CGC sob o nº 61.413.605/0001-07, com sede na Rua São Carlos do Pinhal, nº 324, Bela Vista, CEP 01333-903 – São Paulo – SP, Tel (11) 3266-6800, neste ato representada por seu Presidente ELEUSES VIEIRA DE PAIVA, CRM – SP nº 35.135-0, com endereço sito na Av. Jandira, nº 185 – Aptº. 124, Moema, Condomínio Phesutton House, CEP 04080-000, São Paulo - SP, e a COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – SESu/MEC - CNRM, com endereço no Ministério da Educação, Edifício Sede, Sala 327 – Esplanada dos Ministérios – Brasília – DF., órgão subordinado ao Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura, neste ato representada pelo seu Presidente FRANCISCO CÉSAR DE SÁ BARRETO, brasileiro, casado, físico, inscrito no CI nº 527118 – SSP/MG e no CPF sob o nº 088.720.326/04, resolvem firmar o presente Convênio, nos termos das Cláusulas abaixo: DO OBJETO CLÁUSULA PRIMEIRA Este convênio tem por finalidade a conjugação de esforços dos convenentes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, cabendo às partes:

- a. CNRM - credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de residência médica;
- b. AMB - orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados; e
- c. CFM – registrar os títulos e certificados.

DA EXECUÇÃO

CLÁUSULA SEGUNDA Para a execução deste convênio, fica criada a COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES - CME, composta por dois representantes de cada entidade conveniente, que reunir-se-á, no mínimo, duas vezes por ano,

podendo ser criadas subcomissões para auxiliar os trabalhos. Parágrafo único - O regulamento da Comissão Mista de Especialidades - CME será elaborado e aprovado em ato próprio após sua efetiva implantação, ouvidas as entidades convenientes.

DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

CLÁUSULA TERCEIRA A Comissão Mista de Especialidades- CME definirá os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas sociais.

CLÁUSULA QUARTA As especialidades e áreas de atuação médica reconhecidas pelas entidades convenientes terão denominação uniforme e serão obtidas por órgãos formadores acreditados na forma deste CONVÊNIO. CLÁUSULA QUINTA São órgãos formadores acreditados:

- a. as residências médicas credenciadas e com funcionamento autorizado pela CNRM;
- b. as Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, com programas de ensino por ela aprovados.

CLÁUSULA SEXTA Somente médicos com tempo mínimo de dois anos de formado e registro definitivo no CRM poderão submeter-se ao concurso para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela AMB. CLÁUSULA SÉTIMA A concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela CNRM dar-se-á em observância ao Art. 6º da Lei 6.932/81, que regulamenta a residência médica. CLÁUSULA OITAVA Os títulos de especialistas e os certificados de área de atuação obtidos através da AMB deverão subordinar-se aos seguintes critérios:

- a. Concurso realizado na Sociedade de Especialidade, desde que seja ela filiada à AMB e atenda aos requisitos aprovados pela Comissão Mista de Especialidades – CME;
- b. O concurso referido deverá constar de, no mínimo, currículo e prova escrita e, se necessário, oral e/ou prática.

CLÁUSULA NONA Os critérios determinados pelas Sociedades de Especialidades para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação deverão ser conhecidos e aprovados previamente pela Associação Médica Brasileira - AMB para que produzam os resultados deste convênio. CLÁUSULA DÉCIMA As Sociedades de Especialidades deverão promover concursos anuais para concessão de título de especialista e certificado de área de atuação. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA Não será exigida do médico a condição de sócio da AMB, de Sociedade de Especialidade ou de qualquer outra, para a obtenção e registro de título de especialista ou certificado de área de atuação. DA VIGÊNCIA CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA Este convênio vigorará por prazo indeterminado, fluindo a partir da assinatura das partes. DA ALTERAÇÃO CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA O convênio poderá ser alterado no todo ou em parte através de termos aditivos e de comum acordo entre as partes. DA RESCISÃO CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA Este CONVÊNIO poderá ser rescindido:

- a. Por livre manifestação das partes convenientes, com antecedência mínima de 01 (um) ano, ou
- b. por inadimplência das obrigações do Convênio por qualquer um dos convenientes, no todo ou em parte.

DO FORO

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA Fica eleito o foro da Justiça Federal de Brasília-DF para dirimir as controvérsias deste CONVÊNIO. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA Na data da assinatura deste CONVÊNIO, as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação reconhecidas pelos convenientes são as constantes no anexo II deste documento.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA
COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES

ANEXO I

Introdução A abordagem do tema Especialidades Médicas vem sendo amplamente feita nos últimos anos, pelas várias Entidades Nacionais relacionadas ao assunto, quer seja de maneira isolada ou em associação. Isto certamente se deve a importância do assunto, seja relacionada ao tema, à repercussão do mesmo e seus desdobramentos no mercado de trabalho. Com as grandes transformações sofridas na formação e no exercício profissional, a obtenção do título de Especialista tem se tornado requisito importante, motivo pelo qual o médico tem mostrado interesse e pelo qual todas as Sociedades de Especialidade e as Entidades relacionadas têm-se mobilizado para acompanhar, participar e avaliar os diversos tipos de formação de especialistas. Some-se a isso o fato de que fatores novos, como, por exemplo, o início do Mercosul, tem influenciado a rediscussão e atualização deste tema, pelo envolvimento que os diferentes países têm na sua atuação. Desta forma, mais uma vez, as entidades médicas do nosso meio se envolvem na tentativa de discutir e reatualizar o tema. Desde o início deste atual processo de discussão ficou claro que as três entidades participantes procurariam uniformizar os critérios para reconhecimento, denominação, modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de atuação da área médica. Este documento é uma atualização dos que já foram propostos anteriormente, procurando considerar o que já foi previamente elaborado e atualizando o tema, em função das suas necessidades atuais. Definição Especialidade: Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade. Área de atuação: Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades. Reconhecimento de Especialidades Reconhece-se como Especialidades Médicas àquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios abaixo relacionados:

- Complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico;
- Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;
- Ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica;
- Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica;

- Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes;

Não se admite como critério para reconhecimento de Especialidades:

- Número de Médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;
- Área que já esteja contida em uma especialidade existente;
- Processo que seja apenas o meio diagnóstico e ou terapêutico;
- Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;
- Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;
- Função ou atividade essencialmente vinculadas ao conhecimento da legislação específica;
- Disciplina acadêmica correspondente.

A seguir estão relacionadas as especialidades médicas e as áreas de atuação.

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM – Vide Resolução CFM 1.785 – Anexo II

RESOLUÇÃO CFM nº 1635/2002

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e fiscalização do exercício da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo de toda atenção do médico é o ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

CONSIDERANDO que o médico deve empenhar-se para melhorar os padrões dos serviços médicos, assumindo sua parcela de responsabilidade em relação aos serviços médicos prestados à sociedade;

CONSIDERANDO que a perícia médico-legal é um ato médico, e como tal deve ser realizada, observando-se os princípios éticos contidos no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que é dever do médico respeitar a dignidade e os demais direitos universais do homem;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 28, de 9 de maio de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do dia 9 de maio de 2002;

RESOLVE:

Art. 1º - É vedada ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior dos prédios e ou dependências de delegacias, seccionais ou sucursais de Polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 2º - É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos contidos através de algemas ou qualquer outro meio, exceto quando o periciando oferecer risco à integridade física do médico perito.

Art. 3º - É vedado ao médico, exercendo cargo ou função de chefia, nomear ou designar médicos a ele subordinados para realizarem tais exames sob as condições descritas nos artigos 1º e 2º.

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

RESOLUÇÃO CFM nº 1636/2002

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a morbi-mortalidade decorrente do trânsito;

CONSIDERANDO que em mais de 90% (noventa por cento) a ocorrência desses eventos é causada por falhas humanas;

CONSIDERANDO que um exame médico criterioso dos candidatos à Carteira Nacional de Habilitação minimizará a ocorrência desses eventos;

CONSIDERANDO que o exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores é um ato pericial;

CONSIDERANDO os artigos 118, 119, 120 e 121 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.342/91, de 8 de março de 1991, que dispõe sobre as atribuições do diretor técnico e clínico;

CONSIDERANDO os Pareceres CFM nº 10, de 14 de abril de 2000, nº 16, de 12 de julho de 2000, nº 45, de 21 de novembro de 2001, e nº 30, de 14 de setembro de 1990;

CONSIDERANDO a participação do Conselho Federal de Medicina na Câmara Temática de Saúde do CONTRAN, e;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de maio de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - O exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores deverá ser realizado exclusivamente por médico.

Parágrafo único - É vedado ao médico perito assinar laudos realizados por outros profissionais.

Art. 2º - Os locais de realização dos exames de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores devem ser de atividade médica exclusiva para este tipo de procedimento.

Parágrafo único - Não poderão, em hipótese nenhuma, serem realizados em centros de formação de condutores ou em qualquer outro local público ou privado, cujos agentes tenham interesse no resultado positivo desses exames periciais.

Art. 3º - Todos os exames de aptidão física e mental devem ser distribuídos imparcialmente, através de divisão equitativa obrigatória, aleatória e pessoal, entre as entidades e médicos credenciados na área de jurisdição do órgão executivo do trânsito.

Parágrafo único - A distribuição dos exames será feita pelo órgão executivo do trânsito - DETRAN, e nunca por escolha do periciado.

Art. 4º - É vedado o estabelecimento de cota-limite por período de tempo para a realização dos exames de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores.

Parágrafo único - O exame é individualizado, não sendo permitido exames simultâneos em grupos de pacientes, sendo o tempo dispendido para cada paciente o suficiente para sua avaliação adequada, conforme a técnica prevista para o procedimento.

Art. 5º - Ficam responsáveis pela aplicação dos dispositivos desta resolução o diretor médico do órgão executivo do trânsito (DETRAN) e os diretores técnico e clínico das entidades públicas ou privadas credenciadas.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de maio de 2002.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

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

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

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

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

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

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

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

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

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
 - b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
 - c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
 - d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
 - e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

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

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

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.639/2002

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

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

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

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

Art. 3º - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.037/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos – Lei nº 8.159/91).

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

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

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados, a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta resolução.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

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

NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

- I. **Integridade da Informação e Qualidade do Serviço** – O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

- II. **Cópia de Segurança** – Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de *back-up* deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:
 - a. Documentação do processo de *backup/restore*;
 - b. As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;
 - c. Mínimo de três cópias para aplicações críticas;
 - d. Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;
 - e. Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.
- I. **Bancos de Dados** – Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:
 - a. Compartilhamento dos dados;
 - b. Independência entre dados e programas;
 - c. Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados;
 - d. Controle da estrutura física e lógica;
 - e. Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL – *Standard Query Language*);
 - f. Funções de auditoria e recuperação dos dados.
- I. **Privacidade e Confidencialidade** – Com o objetivo de garantir a privacidade, confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:
 - a. Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação;
 - b. A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exime o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso;
 - c. A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado;
 - d. Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação;
 - e. Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade e não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC 17799.
- I. **Autenticação** – O sistema de informação deverá ser capaz de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.
- II. **Auditoria** – O sistema de informações deverá possuir registro (*log*) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:
 - a. A identificação dos usuários do sistema;
 - b. Datas e horários de entrada (*log-on*) e saída (*log-off*) no sistema;
 - c. Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;
 - d. Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;
 - e. Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.
 - f. Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.
- I. **Transmissão de Dados** – Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.
- II. **Certificação do software** – A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do *software* junto ao CFM, conforme especificado a seguir.
- III. **Digitalização de prontuários** - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.
 - a. Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento *scanner*;
 - b. Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
 - c. Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;
 - d. Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;
 - e. Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO
 Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

1. Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM: <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
2. O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante;
3. Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "in loco" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS);
4. O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas;
5. Em caso de não-aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas;
6. Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema;
7. A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
8. A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.640/2002

Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.405, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental sem qualquer forma de discriminação;

CONSIDERANDO que as Resoluções CFM nº 1.408, de 8 de junho de 1994, e nº 1.598, de 9 de agosto de 2000, versam sobre a assistência aos pacientes psiquiátricos e visam salvaguardar os princípios ético-profissionais no atendimento aos portadores de transtornos mentais;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1.627, de 23 de outubro de 2001, define o ato profissional do médico;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nº 1.363, de 22 de março de 1993, e nº 1.409, de 14 de junho de 1994, que normatizam, respectivamente, os procedimentos exercidos pelos médicos anestesiológicos e pelos médicos que praticam atos cirúrgicos e/ou endoscópicos em regime ambulatorial;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, que aprova o Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 43/2001, de 21 de novembro de 2001, acerca do Projeto de Lei nº 4.901/2001, de autoria do sr. deputado federal Marcos Rolim, que propõe a regulamentação restritiva da eletroconvulsoterapia e dá outras providências;

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas ao procedimento da eletroconvulsoterapia, estabelecendo indicações e condições técnicas em que deve ser realizado;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Câmara Técnica de Psiquiatria e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 10.7.02;

RESOLVE:

Art. 1º - A eletroconvulsoterapia (ECT), como método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito, deve ser realizada em ambiente hospitalar.

Art. 2º - O emprego da eletroconvulsoterapia é um ato médico, o que faz com que sua indicação, realização e acompanhamento sejam de responsabilidade dos profissionais médicos que dela participarem.

Art. 3º - O consentimento informado deverá ser obtido do paciente, por escrito, antes do início do tratamento.

Parágrafo primeiro - Nas situações em que o paciente não apresentar condições mentais e/ou etárias necessárias para fornecer o consentimento informado, este poderá ser obtido junto aos familiares ou responsáveis pelo mesmo.

Parágrafo segundo - Nas situações em que não houver possibilidade de se obter o consentimento informado junto ao paciente, sua família ou responsável, o médico que indicar e/ou realizar o procedimento tornar-se-á responsável pelo mesmo, devendo reportar-se ao diretor técnico da instituição e registrar o procedimento no prontuário médico.

Art. 4º - O médico investido na função de direção deverá assegurar as condições necessárias e suficientes para a realização do procedimento, tais como: instalações físicas, recursos humanos, aparelhagem e equipamentos tecnicamente adequados.

Art. 5º - A avaliação do estado clínico do paciente antes da eletroconvulsoterapia é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas.

Art. 6º - A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico seguindo as orientações constantes na Resolução CFM nº 1.363/93.

Art. 7º - O tratamento só poderá ser realizado em local que assegure a privacidade.

Art. 8º - Os aparelhos de ECT a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, máquinas de corrente de pulsos breves e com dispositivo de ajuste da corrente.

Parágrafo único - As máquinas de corrente de ondas sinusoidais e com dispositivos de ajuste da voltagem deverão ser progressivamente substituídas pelas supracitadas.

Art. 9º - A eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas, não se tratando, por conseguinte, de terapêutica de exceção.

Parágrafo primeiro - Suas principais indicações são: depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica), certas formas agudas e produtivas resistentes aos neurolépticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias às condições clínicas (estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson; pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

Parágrafo segundo – O uso da eletroconvulsoterapia em crianças e adolescentes até 16 anos deverá ser evitado, salvo em condições excepcionais.

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

ANEXO À RESOLUÇÃO CFM nº 1.640/2002 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Introdução e histórico

A eletroconvulsoterapia (abreviadamente, ECT) é um método terapêutico eficaz e seguro, histórica e internacionalmente reconhecido e aceito.

Desde sua introdução no arsenal terapêutico psiquiátrico, em 1938, por Ugo Cerletti e Luciano Bini, em substituição à convulsoterapia química de L. Von Meduna (1934), que empregava o Cardiazol visando obter convulsões epiléticas com finalidade terapêutica em portadores de doenças mentais, tem sido consagrado como tratamento psiquiátrico da maior importância. Trata-se da única terapêutica biológica que se mantém universalmente aceita, não obstante o advento da era psicofarmacológica e de todos os avanços verificados nas neurociências.

A eletroconvulsoterapia não só permanece viva, respeitada e atualizada como também tem recebido os benefícios da farmacologia e da anestesiologia.

De fato, registra-se, no presente momento, renovado interesse por este tratamento por parte de muitos pesquisadores da vertente psiquiátrica biológica e neuropsiquiátrica. Esta espécie de renascimento em relação ao tema pode ser constatado mediante breve consulta aos recentes números do "*American Journal of Psychiatry*", "*Archives of General Psychiatry*" e outros prestigiosos periódicos psiquiátricos. Existe até mesmo uma revista especializada, de circulação internacional, exclusivamente dedicada a este assunto — o *Journal of ECT*. Como decorrência, surgem novas aparelhagens, as boas condições clínicas dos pacientes são cada vez mais preservadas e previnem-se os possíveis acidentes e efeitos adversos observados no passado.

Um autor do porte de Max Fink chega a afirmar, em seu livro - *ECT – Restoring the Mind* (Oxford University Press, 1999), que : "o risco de morte durante o eletrochoque é um décimo daquele decorrente do parto normal, para as mães".

Está evidente que ao longo de mais de 60 anos de sua utilização tenha havido mau uso ou mesmo abuso decorrentes de má prática médica por parte de alguns profissionais. Isto, porém, nunca chegou a invalidar ou mesmo comprometer os benefícios, muitas vezes heróicos e miraculosos, obtidos com o bom emprego desta técnica. Quantas vidas de pacientes, em estupor catatônico ou melancólico, foram salvas da morte por transtornos metabólicos e caquexia e quantos doentes com elevado risco de suicídio escaparam da autodestruição graças a este tratamento? Isto tem se verificado desde o início de seu uso nos anos 30, 40 e 50, em que grassava certo grau de "nihilismo terapêutico", até o momento presente, no qual a indústria farmacêutica abarrotou os vade-mécums médicos de novos produtos de pesquisa.

De sua má prática aproveitou-se a chamada "Antipsiquiatria", um dos ramos bastardos, ao lado da Psiquiatria Política ou "politiqiatria", da Psiquiatria Social, que emergiu após 1968, na esteira da "Contracultura". Este movimento, apesar de todo o desgaste sofrido, ainda persiste, "travestido" de outros nomes.

Estes são os grandes detratores do eletrochoque e é contra eles que devem se dirigir os argumentos apresentados ao longo deste arrazoado.

Os psiquiatras atuantes e devidamente capacitados prescindirão totalmente de qualquer justificativa favorável à ECT, encontrada neste documento. Ninguém melhor do que eles poderá assumir a defesa deste método terapêutico, quer em decorrência da própria experiência clínica ou de uma boa prática baseada em evidências ou comprovações.

Aliás, como dizia Henri Ey, em seu magistral - *Défense et Illustration de la Psychiatrie* (Masson Éditeurs, 1978) e repetia sempre, de forma coloquial, o mestre José Lucena, não deveria existir uma "Antipsiquiatria" mas sim uma "Antimápsiquiatria", embora ambos reconhecessem o único aspecto salutar deste movimento: seu caráter antiasilar.

Está claro que ninguém de bom-senso, médico ou leigo, costuma se insurgir contra o uso da corrente elétrica na Medicina em geral. Nem mesmo o choque elétrico do desfibrilador, que ressuscita pacientes em parada cardíaca, tem sido alvo de qualquer contestação.

Todavia, a deterioração do sistema assistencial em Psiquiatria, aliada à fragilidade dos conhecimentos científicos da especialidade e às peculiaridades do fato psiquiátrico com todas as suas implicações socioculturais e político-econômicas, possibilitaram a aparição e a tênue sobrevivência da Antipsiquiatria, algo inimaginável em qualquer outro ramo da Medicina. Torna-se praticamente impossível conceber-se uma "Anticardiologia", uma "Antigastrenterologia", uma "Antipneumologia" e assim por diante.

Considerações gerais

O emprego da eletroconvulsoterapia, o eletrochoque, é um ato médico, que pode ser realizado em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Em seus primórdios foi uma técnica de uso preferencialmente hospitalar. Sua segurança e aplicação em larga escala, assim como a mudança ocorrida na política assistencial psiquiátrica, com a queda do modelo hospitalocêntrico em favor dos recursos extra-hospitalares, converteram-na em prática predominantemente ambulatorial.

(o parágrafo ficará com a seguinte redação)

O emprego da eletroconvulsoterapia, o eletrochoque, é um ato médico, que deve ser realizado exclusivamente em ambiente hospitalar.

Sua indicação terapêutica, realização e acompanhamento clínico são de total responsabilidade dos profissionais médicos (psiquiatras, clínicos gerais e anestesistas) que participam do procedimento.

A indicação e realização do tratamento não devem ser omitidas do paciente, nem tampouco o mesmo deve ser enganado através de eufemismos ou falsas explicações. Desta forma, antes do início do tratamento torna-se fundamental a obtenção, por escrito, de um consentimento informado do paciente, conforme orientação da Bioética.

Nas situações em que o doente não apresentar condições mentais (por exemplo: psicóticos com graves distúrbios do juízo da realidade, em estado estuporoso, etc.) e/ou etárias: menores de 16 anos), necessárias para fornecer o consentimento informado, este poderá ser obtido junto aos familiares ou responsáveis pelo mesmo. E naquelas em que não houver possibilidade de se obter o consentimento informado junto ao enfermo, sua família ou responsável, o médico que indicar e/ou realizar o procedimento tornar-se-á responsável pelo mesmo. Esta recomendação consagra o princípio da autonomia técnica dos médicos.

O profissional médico investido na função de direção do estabelecimento ou serviço onde o tratamento for processado o deverá assegurar as condições necessárias e suficientes para a realização do mesmo, tais como: instalações físicas adequadas, equipamentos novos ou com boa manutenção, recursos humanos habilitados e aparelhagem tecnicamente correta.

Mais uma vez busca-se oferecer ao paciente condições que lhe permitam sentir-se devidamente assistido, possibilitando a efetuação do tratamento em ambiente apropriado, sem riscos de danos físicos ou mentais e sem perda de sua privacidade. Em outros termos, deve-se evitar obrigatoriamente que o procedimento ocorra em ambientes coletivos ou enfermarias abertas, sem os equipamentos essenciais à preparação, acompanhamento do enfermo e execução do ato terapêutico.

A avaliação prévia do estado clínico do paciente que irá submeter-se à eletroconvulsoterapia é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas. Em muitos casos, alguns exames complementares instrumentais (tais como ECG e EEG) deverão ser solicitados. Esta preocupação visa não-somente protegê-lo de possíveis danos oriundos especificamente do tratamento mas, sobretudo, prevenir complicações decorrentes da anestesia. Estas últimas, por sinal, mais freqüentes e complexas do que as decorrentes do próprio eletrochoque.

A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico. Assim sendo, a presença e atuação de um especialista em anestesiologia, devidamente treinado e equipado, torna-se obrigatória e imprescindível à realização desta prática em todo e qualquer serviço ou estabelecimento, público ou privado. Como é do conhecimento dos anestesistas, estes deverão seguir as recomendações contidas nos artigos da Resolução CFM nº 1.363/93, quando o tratamento se processar em regime de internação hospitalar ou, por analogia, com o preconizado na Resolução CFM nº 1.409/94, quando se tratar de atendimento ambulatorial.

(o parágrafo ficará com a seguinte redação)

A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico. Assim sendo, a presença e atuação de profissional médico, devidamente treinado e equipado, torna-se obrigatória e imprescindível à realização desta prática em todo e qualquer serviço ou estabelecimento, público ou privado. Como é do conhecimento dos anestesistas, estes deverão seguir as recomendações contidas nos artigos da Resolução CFM nº 1.363/93.

A anestesia prévia garante não somente que o paciente permaneça inconsciente ao longo da duração do eletrochoque como também permite a manutenção contínua da ventilação pulmonar, beneficiando a oxigenação cerebral de forma permanente. A tradicionalmente chamada "síndrome biológica do eletrochoque", que se caracteriza sobretudo por "déficits" cognitivos e pela transitória e reversível redução da memória para fatos recentes, atenua-se de forma acentuada com a permanência de uma oxigenação pulmonar constante. O oxímetro de pulso é, portanto, considerado equipamento essencial.

O mito de que a ECT "lesiona o tecido cerebral" contraria as conclusões da "Task Force" da Associação Psiquiátrica Americana (2001) sobre este tratamento, bem como choca-se frontalmente com os trabalhos científicos realizados com ressonância magnética, PET Scan e os estudos baseados em testes neuropsicológicos sobre memória e aprendizagem. O relatório da Associação Brasileira de Psiquiatria sobre "A Utilização Terapêutica da Eletroconvulsoterapia", elaborado pelo professor titular da UNIFESP, Dr. José Alberto Del Porto, autoridade no assunto, fundamentado em extensa e atual bibliografia, é por demais conclusivo: "os efeitos da ECT sobre a memória são transitórios, reversíveis e mínimos quando comparados aos benefícios trazidos aos pacientes, naturalmente quando o procedimento é feito dentro das normas atuais e das indicações médicas recomendadas pelos especialistas".

As substâncias mais habitualmente utilizadas na produção da breve anestesia que antecede a aplicação da ECT, em nosso meio, são o anestésico Thiopental, o relaxante muscular Succinilcolina e um anticolinérgico, a Atropina. As luxações articulares, fraturas e convulsões cessaram com o uso de relaxantes musculares.

Os aparelhos de ECT a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, máquinas com correntes ajustáveis de pulsos breves, chamadas de ondas retangulares ou quadradas, que acarretam menores efeitos sobre a memória.

A freqüência das ondas quadradas varia de 30 a 70 ciclos por segundo, sendo a duração de cada pulso elétrico de 0,5, 1,0 ou 2,0 milissegundos. A duração total da cadeia de estímulos elétricos varia entre 0,2 a 0,8 segundos, liberando uma carga elétrica entre 25 a 500 mil Coulombs.

As máquinas de ondas sinusoidais e de voltagem ajustável, habitualmente em uso, deverão ser progressivamente substituídas pelas de pulsos breves (ondas quadradas ou retangulares), dentro de um prazo de 3 (três) anos. As primeiras são consideradas arcaicas e responsáveis por "déficits" cognitivos e mnésicos mais pronunciados.

(o parágrafo ficará com a seguinte redação)

As máquinas de ondas sinusoidais e de voltagem ajustável, habitualmente em uso, deverão ser progressivamente substituídas pelas de pulsos breves (ondas quadradas ou retangulares), e recomenda-se que as substituições dos equipamentos sejam efetuados com brevidade, tendo em vista que as primeiras são consideradas arcaicas e responsáveis por "deficits" cognitivos e mnésicos mais pronunciados.

Os modernos aparelhos permitem o registro do eletroencefalograma (EEG), do eletrocardiograma (ECG) e do eletromiograma (EMG) durante a convulsão.

São discutíveis as possíveis vantagens da ECT unilateral sobre a bilateral, mais geralmente utilizada. A aplicação no hemisfério não-dominante (em 95% da população, o direito) diminui os efeitos nocivos sobre a memória. No entanto, é clinicamente menos eficaz e os pacientes não melhoram tão rapidamente como quando recebem a eletroconvulsoterapia bilateral (bitemporal ou bifrontal). Como bons resultados são mais prováveis com a ECT bilateral, a mesma torna-se preferencial para pacientes com doenças sistêmicas, que precisam de resultados mais imediatos e para os quais é desejável um número mínimo de aplicações.

Quanto à quantidade de sessões, segundo o dr. Salomão Rodrigues Filho, em correspondência remetida ao CFM, não se deve prescrever um número definido de aplicações. O paciente deve ser avaliado após cada sessão, para verificação da necessidade ou não de sessões adicionais.

Poucos enfermos respondem bem a menos de seis sessões de ECT, sendo desnecessário um número maior de aplicações.

A maioria dos pacientes responde bem a uma série de seis a doze sessões. Há evidências de que pacientes idosos e do sexo masculino requerem maior número de aplicações. Existe também forte correlação entre a resposta às duas primeiras sessões e o resultado final do tratamento.

Não está demonstrado, desde Barton e colaboradores (1973), qualquer valor profilático significativo na aplicação adicional de sessões de ECT após a recuperação clínica do paciente, como medida de prevenção de recaídas.

A eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas, não se tratando, por conseguinte, de terapêutica de exceção.

De acordo com o Task Force Report of the APA (2001): "a ECT não deve ser reservada para uso somente como "último recurso". Tal prática pode privar os pacientes de um recurso efetivo, pode retardar a resposta terapêutica, prolongar o sofrimento dos enfermos e possivelmente contribuir para a resistência ao tratamento".

Suas principais indicações são: depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica); certas formas psicóticas agudas e produtivas, resistentes aos antipsicóticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias a problemas clínicos (estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson e pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

O emprego da eletroconvulsoterapia em crianças e adolescentes até 16 anos deverá ser evitado, salvo em condições excepcionais. A partir dos 16 anos, o seu uso está liberado nas condições em que houver indicação clínica. Estão, portanto, incluídos neste último grupo tanto os pacientes idosos quanto as mulheres gestantes.

De todos os tratamentos biológicos em Psiquiatria, à exceção da Psicocirurgia, a eletroconvulsoterapia tem sido alvo de intensa e sistemática campanha de descrédito e menoscabo por parte de pessoas, em sua grande maioria leigas, que lhe dirigem acusações infundadas e descabidas, valendo-se das facilidades da "mídia" sensacionalista. Exploram, em particular, os abusos praticados por maus profissionais, alardeando seus possíveis malefícios, ou levam às telas cenas oriundas de ficção tendenciosa. Omitem, por conseguinte, todos os reais méritos desta técnica heróica e miraculosa que vem resistindo ao desafio dos novos tempos, beneficiando os que dela realmente necessitam.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.642/2002

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva da jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que o entendimento de livre escolha é o direito do paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos;

CONSIDERANDO que as infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência médica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM nº 1.627/2001, que conceitua e regulamenta o Ato Médico, e da Resolução CFM nº 1.616/2001, que regulamenta o descredenciamento por empresas operadoras de planos de saúde, bem como as resoluções dos Conselhos de Medicina dos estados de Alagoas, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, enfim, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de agosto de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

- a. respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- b. admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;

- c. praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição;
- d. efetuar o pagamento de honorários diretamente ao médico, sem retenção de nenhuma espécie;
- e. negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;
- f. vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;
- g. respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 2º - Nos contratos de credenciamento ou similares de médicos para prestação de serviço às empresas citadas no art. 1º, deverá ser expressamente estabelecida a forma de reajuste dos honorários médicos.

Art. 3º - É vedada a participação de médicos ou empresas prestadoras de assistência médica nas modalidades de licitação de tipo menor preço, quando este contrariar a prática local, nos termos dos artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica.

Art. 4º - As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Art. 5º - O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.

Art. 6º - Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumpram o estipulado nesta resolução.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as Resoluções CFM nºs. 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82 e 1.340/90 e todas as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/2002

Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO o constante desenvolvimento de novas técnicas de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e entre estes e os pacientes;

CONSIDERANDO que a despeito das conseqüências positivas da Telemedicina existem muitos problemas éticos e legais decorrentes de sua utilização;

CONSIDERANDO que a Telemedicina deve contribuir para favorecer a relação individual médico-paciente;

CONSIDERANDO que as informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia permissão do paciente, mediante seu consentimento livre e esclarecido e sob rígidas normas de segurança capazes de garantir a confidencialidade e integridade das informações;

CONSIDERANDO que o médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza ou não recomenda o uso da Telemedicina para seu paciente, e que tal decisão deve basear-se apenas no benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o médico que exerce a Medicina a distância, sem ver o paciente, deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe, só pode emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida for suficiente e pertinente para o cerne da questão;

CONSIDERANDO o teor da "Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da Telemedicina", adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999;

CONSIDERANDO o disposto nas resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.639/2002, principalmente no tocante às normas para transmissão de dados identificados;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.627/2001, que define e regulamenta o Ato Médico;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 7 de agosto de 2002, realizada em Brasília, com supedâneo no Parecer CFM nº 36/2002,

RESOLVE:

Art. 1º - Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audio-visual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.

Art. 2º - Os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infra-estrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer as normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional.

Art. 3º - Em caso de emergência, ou quando solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir o laudo a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico.

Art. 4º - A responsabilidade profissional do atendimento cabe ao médico assistente do paciente. Os demais envolvidos responderão solidariamente na proporção em que contribuirão por eventual dano ao mesmo.

Art. 5º - As pessoas jurídicas que prestarem serviços de Telemedicina deverão inscrever-se no Cadastro de Pessoa Jurídica do Conselho Regional de Medicina do estado onde estão situadas, com a respectiva responsabilidade técnica de um médico regularmente inscrito no Conselho e a apresentação da relação dos médicos que componentes de seus quadros funcionais.

Parágrafo único - No caso de o prestador for pessoa física, o mesmo deverá ser médico e devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Art. 6º - O Conselho Regional de Medicina deverá estabelecer constante vigilância e avaliação das técnicas de Telemedicina no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.649/2002

Dispõe sobre descontos em honorários médicos através de cartões de descontos.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e
CONSIDERANDO que compete ao CFM estabelecer interpretações frente a questões que envolvam o relacionamento do médico com entidades intermediadoras do seu trabalho;
CONSIDERANDO o artigo 3º do Código de Ética Médica: “A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”;
CONSIDERANDO o artigo 9º do Código de Ética Médica: “A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio”;
CONSIDERANDO o artigo 80 do Código de Ética Médica: “É vedado ao médico praticar concorrência desleal com outro médico”;
CONSIDERANDO o artigo 10 do Código de Ética Médica: “O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”;
CONSIDERANDO o artigo 92 do Código de Ética Médica: “É vedado ao médico explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe”;
CONSIDERANDO que os chamados Cartões de Descontos são simples intermediadores, sem qualquer compromisso solidário de qualidade ou responsabilidade civil, expondo o médico a uma série de riscos legais;
CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º Considerar antiética a participação de médicos como proprietários, sócios, dirigentes ou consultores dos chamados Cartões de Descontos.

Art. 2º Fica proibida a inscrição destes Cartões de Descontos no cadastro de pessoas jurídicas dos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 3º É considerada infração ética a comprovada associação ou referenciamento de médicos a qualquer empresa que faça publicidade de descontos sobre honorários médicos.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 5º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.650/2002

Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe aos Conselhos de Medicina trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, e velar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO o entendimento exarado no Parecer CFM nº 1.856/92, que estabelece responsabilidade aos diretores técnicos ou clínicos por problemas decorrentes de atuação de acadêmicos;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nºs. 1.615/2001 e 1.630/2001, que normatizam a presença do médico estrangeiro em território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução nº 9/83, do Conselho Federal de Educação, que regulamenta o internato dos cursos de Medicina no Brasil, e a inexistência de legislação específica, no Brasil, para a regulamentação do internato de estudantes de Medicina de universidades estrangeiras;

CONSIDERANDO os riscos a que são submetidos os pacientes expostos a alunos de universidades estrangeiras, em estágios e internatos mantidos por convênios estabelecidos com entidades privadas, filantrópicas ou públicas;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos no exterior à luz da legislação brasileira vigente;

CONSIDERANDO as resoluções baixadas pelos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás e Mato Grosso, que tratam do mesmo assunto;

CONSIDERANDO que a isolada realização de estágio ou internato do curso de Medicina não evidencia reconhecimento para a total formação básica e geral do estudante de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º É vedado aos membros dos Corpos Clínicos dos estabelecimentos de assistência médica participar da execução, direta ou indireta, de convênios ou quaisquer outros termos obrigacionais, para a realização de estágios ou internatos, destinados a alunos oriundos de faculdades/cursos de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas.

Parágrafo único Excetuam-se do mandamento disposto no caput do artigo os membros dos Corpos Clínicos de hospitais universitários, quando da vigência de acordo oficial celebrado entre as universidades.

Art. 2º A responsabilidade pela observância desta norma cabe solidariamente aos diretores clínico e técnico das instituições.

Art. 3º A realização de estágio ou internato do curso de Medicina por alunos de faculdades de Medicina estrangeiras não dispensa a posterior convalidação do diploma por universidade pública, nos termos da lei.

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

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.664/2003

Ementa: Dispõe sobre as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que a Lei nº 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO os avanços científicos no que tange ao reconhecimento das anomalias da diferenciação sexual, necessidade de educação continuada e divulgação em eventos médicos;

CONSIDERANDO a necessidade do diagnóstico clínico e específico do prognóstico, e a instituição de tratamento adequado;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária deste Conselho Federal de Medicina, realizada no dia 11 de abril de 2003, com sucedâneo na Exposição de Motivos anexa,

RESOLVE:

Art.1º - São consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras.

Art. 2º - Pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil;

Art. 3º - A investigação nas situações acima citadas exige uma estrutura mínima que contemple a realização de exames complementares como dosagens hormonais, citogenéticos, imagem e anatomopatológicos.

Art. 4º - Para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil;

Parágrafo 1º - Durante toda a fase de investigação o paciente e seus familiares ou responsáveis legais devem receber apoio e informações sobre o problema e suas implicações.

Parágrafo 2º - O paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo.

Parágrafo 3º - No momento da definição final do sexo, os familiares ou responsáveis legais, e eventualmente o paciente, devem estar suficiente e devidamente informados de modo a participar da decisão do tratamento proposto.

Parágrafo 4º - A critério da equipe médica outros profissionais poderão ser convocados para o atendimento dos casos.

Art. 5º - O tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual deve ser realizado em ambiente com estrutura que garanta segurança, habilidades técnico-científicas e suporte de acompanhamento, conforme as especificações contidas no Anexo I desta resolução.

Artigo 6º - O tema "anomalia da diferenciação sexual" deve ser abordado durante eventos médicos, congressos, simpósios e jornadas, visando sua ampla difusão e atualização dos conhecimentos na área.

Artigo 7º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social. Biológica, porque muitos transtornos desse tipo são ligados a causas cujos efeitos constituem grave risco de vida. Social, porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do prognóstico, também do paciente, gera graves transtornos. Além disso, um erro na definição sexual pode determinar caracteres sexuais secundários opostos aos do sexo previamente definido, bem como a degeneração maligna das gônadas disgenéticas.

Um dos problemas mais controversos pertinentes às intervenções na criança é a conduta diante dos recém-nascidos com genitais ambíguos. Ninguém pode garantir que, apesar dos mais criteriosos conceitos, a definição sexual tardia dessa pessoa acompanhará o que foi determinado no início de sua vida. Também não se pode generalizar, por situações isoladas, que a definição sexual só possa ser feita em idades mais tardias. Sempre restará a possibilidade de um indivíduo não acompanhar o sexo que lhe foi definido, por mais rigor que haja nos critérios. Por outro lado, uma definição precoce, mas inadequada, também pode ser desastrosa.

Há quem advogue a causa de não-intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente. Entretanto, não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido.

Diante desses dois extremos, há necessidade de uma avaliação multidisciplinar onde todos os aspectos sejam discutidos e analisados, para que a possibilidade de insatisfação seja mínima.

A investigação, nessas situações, deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, englobando várias especialidades: cirurgia, endocrinologia, radiologia, psiquiatra infantil, pediatria, clínica, genética e outras, na

dependência da necessidade do paciente. O maior objetivo dessa equipe não será apenas descobrir qual é a etiologia da anomalia da diferenciação sexual, mas sim obter uma definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável. Para tanto, além das avaliações especializadas, a interação com os pacientes e seus familiares é importantíssima. Precipualemente visando proteger os pacientes e orientar os médicos responsáveis nessas circunstâncias, compete ao Conselho Federal de Medicina, órgão disciplinador da prática médica no Brasil, a obrigação e o poder legal de normatizar a conduta profissional diante de pacientes com anomalias da diferenciação sexual.

Considerando o exposto, esta exposição de motivos ilustra a necessidade de uma resolução sobre o assunto.

Anexo I – Exames e procedimentos recomendáveis para o diagnóstico e tratamento das anomalias da diferenciação sexual

Os exames/procedimentos abaixo descritos devem ser selecionados de acordo com a suspeita diagnóstica:

1) Avaliação clínico-cirúrgica:

a) Descrição genital detalhada tamanho do falo, número, calibre e posição dos meatos (uretral, vaginal ou do seio urogenital), grau de fusão, rugosidade e pigmentação das pregas lábio-escrotais.

Em genitália de aspecto masculino, considerar ambigüidade quando:

- gônadas não palpáveis

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.665/2003

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

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que determina o artigo 5º da Constituição Federal no que tange aos direitos e garantias do cidadão; CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios aos seus alcances, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o artigo 1º do Código de Ética Médica determina que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

CONSIDERANDO as normas emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o atendimento e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS);

CONSIDERANDO a persistência da epidemia do vírus da SIDA (AIDS) no país, a progressiva mudança em seu perfil e sua crescente feminização, atingindo grupos populacionais cada vez mais amplos, a despeito das campanhas preventivas até aqui desencadeadas;

CONSIDERANDO o profundo impacto que a doença provoca no paciente portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), limitando sua atividade física e tornando-o vulnerável física, moral, social e psicologicamente;

CONSIDERANDO a freqüente violação dos direitos e da dignidade humana destas pessoas, expressa por recusas de atendimento e internações ou realização de procedimentos invasivos, bem como a interrupção de cuidados ou de pagamento dos mesmos após o conhecimento do diagnóstico;

CONSIDERANDO as altas taxas de transmissão vertical do vírus HIV no país, apesar da disponibilização de tratamento gratuito às gestantes na rede pública, incluindo o acesso aos medicamentos anti-retrovirais;

CONSIDERANDO a comprovada eficácia de tratamento anti-retroviral durante a gravidez, o trabalho de parto e as primeiras semanas de vida, o que permite redução significativa do risco de um recém-nascido contrair o vírus HIV de gestante soropositiva;

CONSIDERANDO que o médico é obrigado a notificar aos serviços de saúde os casos de infecção pelo vírus HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, de acordo com a Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que no contexto da assistência integral à saúde da mulher a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, de acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde/2000 – Assistência Pré-Natal;

CONSIDERANDO o disposto no Capítulo IX do Código de Ética Médica, que trata do Segredo Médico, além dos Códigos Civil e Penal em seus artigos específicos, 144 e 154, respectivamente;

CONSIDERANDO os termos dos Pareceres CFM nºs 14/88 e 11/92 e as resoluções vigentes dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Alagoas, Pará, Rio de Janeiro e São Paulo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 7.05.2003.

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7º - Os serviços e instituições de saúde, públicos e privados, devem proporcionar condições para o exercício profissional, disponibilizando exames, medicamentos e outros procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV em gestantes, bem como assistência ao pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido.

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

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

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

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

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

Art. 12 - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

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

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

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666/2003

Ementa: Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão de registros de títulos de especialista;

CONSIDERANDO o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº 1.634/2002, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

CONSIDERANDO a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialistas e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 1.634/2002;

CONSIDERANDO, finalmente o decidido em reunião plenária de 7/5/2003,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002.

Art. 2º - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM – Vide Resolução CFM 1.785 – Anexo II

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.669/2003

Dispõe sobre o exercício profissional e os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 806, de 29 de julho de 1977;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 98 e 99 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, que restringe ao estrangeiro com visto temporário o exercício de atividade remunerada, bem como a inscrição em Conselhos de fiscalização profissional;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 99 do diploma legal supracitado, que prevê a inscrição temporária em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada dos estrangeiros que venham ao país, tão-somente na condição prevista no inciso V do artigo 13 da mesma lei;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16 - AJ, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa, à luz da legislação brasileira vigente, a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior;

CONSIDERANDO o que determina a Resolução CFM nº 1.620, de 16 de maio de 2001, que exige o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, expedido por instituição oficial de ensino;

CONSIDERANDO a definição legal da Residência em Medicina como modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme determina o artigo 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

CONSIDERANDO que este treinamento em serviço, que caracteriza a Residência Médica, implica no exercício de prática profissional (atos médicos), além de ocupar de 80% a 90% da carga horária total do curso, consoante o parágrafo 2º do artigo 5º da Lei nº 6.932/81;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 26, do conselheiro Mauro Brandão Carneiro, aprovado na Sessão Plenária de 3 de outubro de 2000, que analisa as condições necessárias para o exercício profissional do médico estrangeiro com visto temporário no Brasil, bem como a impossibilidade de o mesmo cursar a Residência Médica em instituições nacionais;

CONSIDERANDO o teor do documento intitulado "Programa de Capacitação Profissional para Médicos Estrangeiros", resultante da reunião entre o Conselho Federal de Medicina e a Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, datado de 6 de maio de 2003;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 13 de junho de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º - O médico estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior terão o registro para o exercício profissional no Brasil regulamentado por esta resolução.

Art. 2º - Os diplomas de graduação em Medicina expedidos por faculdades estrangeiras somente serão aceitos para registro nos Conselhos Regionais de Medicina quando revalidados por universidades públicas, na forma da lei.

Parágrafo único - O médico estrangeiro, para obter o registro nos Conselhos Regionais de Medicina, deve comprovar a proficiência em língua portuguesa, nos termos da Resolução CFM nº 1.620/2001.

Art. 3º - O médico estrangeiro, com visto permanente no Brasil, pode registrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina e usufruir dos mesmos direitos dos médicos brasileiros quanto ao exercício profissional, exceto nos casos de cargo privativo de cidadãos brasileiros, sobretudo ser eleito ou eleger membros nos respectivos Conselhos, observado o disposto no artigo 2º desta resolução e de acordo com a Constituição Federal de 1988.

Art. 4º - O médico estrangeiro detentor de visto temporário no País não pode se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina e está impedido de exercer a profissão, salvo a exceção prevista no inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro.

Parágrafo 1º - O médico estrangeiro, portador de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro (inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), está obrigado a inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais enquanto perdurar o visto, observado o disposto no artigo 2º desta resolução.

Parágrafo 2º - Na hipótese prevista no parágrafo anterior faz-se necessária a apresentação do contrato de trabalho ou documento específico que comprove estar o médico estrangeiro a serviço do governo brasileiro, bem como os demais documentos exigidos para inscrição no respectivo Conselho.

Parágrafo 3º - Deverá constar na carteira profissional expedida pelo Conselho Regional de Medicina o período de validade da inscrição, coincidente com o tempo de duração do respectivo contrato de trabalho.

Art. 5º - Os programas de ensino de pós-graduação, exceto a Residência Médica, oferecidos a médicos estrangeiros detentores de visto temporário, que venham ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), e aos brasileiros com diplomas de Medicina obtidos em faculdades no exterior, porém não revalidados, deverão obedecer as seguintes exigências:

1. Os programas somente poderão ser desenvolvidos em unidades hospitalares diretamente ligadas a instituições de ensino superior que mantenham programas de Residência Médica nas mesmas áreas, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);

2. O número de vagas de cada programa poderá variar de 1 (uma) vaga até o máximo de 30% (trinta por cento) do total de médicos residentes do primeiro ano na mesma área, credenciados pela CNRM na unidade;

3. A duração do programa não poderá exceder a autorizada pela CNRM para a Residência Médica nas mesmas áreas;

4. Não poderá haver qualquer tipo de extensão do programa, mesmo que exigida pelo país expedidor do diploma;

5. Os atos médicos decorrentes do aprendizado somente poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob supervisão direta de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que assumirão a responsabilidade solidária pelos mesmos;

6. É vedada a realização de atos médicos pelo estagiário fora da instituição do programa, ou mesmo em atividades médicas de outra natureza e em locais não previstos pelo programa na mesma instituição, sob pena de incorrer em exercício ilegal da Medicina, tendo seu programa imediatamente interrompido, sem prejuízo de outras sanções legais;

7. No certificado de conclusão do curso deverá constar o nome da área do programa, período de realização e, explicitamente, que o mesmo não é válido para atuação profissional em território brasileiro.

Art. 6º - O médico estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, no que couber, participarão do programa de ensino de pós-graduação desejado, nos termos do artigo anterior, somente quando cumprirem as seguintes exigências:

1. Possuir o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, nos termos da Resolução CFM nº 1.620/2001;
2. Submeter-se a exame de seleção de acordo com as normas estabelecidas e divulgadas pela instituição de destino;
3. Comprovar a conclusão de graduação em Medicina no país onde foi expedido o diploma, para todos os programas;
4. Comprovar a realização de programa de Residência Médica ou equivalente, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a Resolução CFM nº 1.634/2002 e a Resolução CNRM nº 005/2002;
5. Comprovar a posse de recursos suficientes para a sua manutenção em território brasileiro durante o período de treinamento.

Parágrafo único - Caberá à instituição receptora decidir pela equivalência à Residência Médica brasileira dos estágios realizados no país estrangeiro de origem do candidato, bem como o estabelecimento de outros critérios que julgar necessários à realização do programa.

Art. 7º - Os Conselhos Regionais de Medicina devem tomar ciência da presença de médico estrangeiro, e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação em sua jurisdição, mediante comunicação formal e obrigatória do diretor técnico, preceptor ou médico investido em função semelhante, da instituição que pretenda realizar os referidos cursos.

Parágrafo 1º - Os médicos referidos no *caput* deste artigo terão autorização para frequentar o respectivo programa após verificação do cumprimento das exigências desta resolução e da homologação pelo Plenário do Conselho Regional de Medicina, posteriormente encaminhada à instituição solicitante.

Parágrafo 2º - O registro da autorização prevista no parágrafo anterior será feito no prontuário do médico responsável pelo programa e no prontuário da instituição onde o mesmo será realizado.

Parágrafo 3º - Não haverá registros individuais, nos Conselhos Regionais de Medicina, dos médicos participantes dos programas.

Art. 8º - O estrangeiro, detentor de visto temporário na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), que tiver concluído o curso de Medicina em faculdade brasileira somente poderá inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina e exercer legalmente a profissão se obtiver o visto permanente.

Art. 9º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, não pode cursar Residência Médica no Brasil.

Parágrafo único - O brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade estrangeira só poderá cursar a Residência Médica no Brasil após cumprir o disposto no *caput* do artigo 2º desta resolução.

Art. 10º - Os editais para a seleção de candidatos, promulgados pelas instituições mantenedoras de programas de Residência Médica, devem observar o disposto nesta resolução.

Art. 11º - Ficam revogados o Parecer CFM nº 3/86, as Resoluções CFM nº 1.615/2001 e nº 1.630/2001 e demais disposições em contrário.

Art. 12º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A Resolução CFM nº 1.615/2001, aprovada com base no Parecer CFM nº 26/2000, teve o mérito de reunir toda a jurisprudência até então existente e regulamentar as atividades profissionais dos médicos estrangeiros e dos brasileiros formados em faculdades de Medicina no exterior.

No entanto, durante sua vigência, alguns problemas foram detectados e exigiam solução. Vários debates se sucederam, e o ponto mais destacado foi a proibição de os médicos estrangeiros, que vinham ao Brasil na condição de estudantes (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), realizarem atos médicos. Acontece que certos programas de pós-graduação exigem a prática médica, notadamente nas especialidades cirúrgicas.

A legislação que trata da Residência Médica e a Lei dos Estrangeiros proíbem que os médicos estrangeiros com visto temporário curse esta modalidade de pós-graduação, justamente a que mais utiliza o treinamento em serviço. Ocorre que, com 80% a 90% do tempo dedicado à prática de atos médicos, a Residência Médica pressupõe responsabilidades técnicas e éticas que só os médicos habilitados e regularmente inscritos nos Conselhos de Medicina podem assumir.

Com a proibição explicitada na Resolução CFM nº 1.615/2001 para a realização de atos médicos em qualquer programa de pós-graduação, os médicos estrangeiros que procurassem nosso país para aperfeiçoar seus conhecimentos não conseguiriam alcançar seus objetivos.

A Resolução CFM nº 1.630/2001, que modificou o artigo 7º da resolução anterior, permitindo a realização de Residência Médica do estrangeiro com visto temporário no país desde que tenha cursado Medicina em instituição de ensino pátrio, ou que já estivesse realizando Residência com possibilidade de pós-opção, ou continuidade do terceiro ano optativo, garantiu direitos adquiridos mas não conseguiu resolver o problema.

Além do mais, o fato de ter cursado Medicina em faculdade brasileira não dá ao médico estrangeiro com visto temporário o direito legal de cursar Residência Médica. Para fazê-la, é indispensável que esteja inscrito no Conselho Regional de Medicina, porém o visto temporário impede o registro, por força de lei.

Por iniciativa conjunta do Conselho Federal de Medicina e da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realizou-se no dia 25 de abril do corrente ano uma reunião com o objetivo de encontrar os caminhos capazes de superar os problemas sem, contudo, ferir a legislação em vigor.

Na reunião, ficou claro que a polêmica não atinha-se à realização da Residência Médica pelo médico estrangeiro. Todos concordaram que a legislação restringe tal modalidade de pós-graduação aos médicos brasileiros ou a estrangeiros com visto permanente e inscrição regular nos Conselhos de Medicina. Restava, então, buscar a regulamentação ideal que contemplasse os demais cursos de pós-graduação, tornando viável o aprendizado para os colegas de outros países que procuravam a fonte do saber na medicina pátria.

A redação dada aos artigos 5º e 6º da presente resolução incorpora a essência das decisões tomadas naquela reunião. Como se vê, a prática de atos médicos pelo estudante estrangeiro está regulamentada, ao mesmo tempo em que vários

cuidados são tomados para evitar o exercício ilegal da Medicina, a exploração da mão-de-obra deste profissional por entes inescrupulosos e a assunção explícita da responsabilidade solidária pelos preceptores perante os atos praticados. Permanece a proibição quanto à realização da Residência Médica para estrangeiros com visto temporário. No tocante aos direitos adquiridos, explicitados na Resolução CFM nº 1.630/2001 para os que já estivessem realizando Residência Médica no Brasil com possibilidade de pós-opção ou continuidade em terceiro ano optativo, restaram acolhidos na medida em que o prazo para pedidos de inscrição para a realização de Residência naquela situação seria concedido somente até 2002.

Vale notar que, ao vincular o número de vagas para os programas de pós-graduação para médicos estrangeiros ao máximo de 30% do total de residentes matriculados no primeiro ano da mesma área, a decisão fortalece os programas de Residência Médica, desestimulando qualquer iniciativa que procurasse substituí-los.

Outro item importante diz respeito ao certificado de conclusão do programa, no qual deve constar que o mesmo não é válido para atuação profissional em território brasileiro.

Ressalte-se que a nova redação proposta regulamenta também a situação do cidadão brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade estrangeira, uma vez que a Resolução CFM nº 1.615/2001 praticamente tratava da situação do médico estrangeiro. Note-se que a expressão “médico estrangeiro e médico brasileiro” foi omitida, procurando-se evitar qualquer discriminação entre estas supostas “categorias” de médicos.

Na verdade, a compreensão é a de que o brasileiro que se forma em Medicina no exterior é cidadão brasileiro, mas sua condição de médico é a mesma do médico estrangeiro, até que seu diploma seja revalidado no Brasil, na forma da lei. Enquanto tal não acontece, seu diploma de médico não lhe confere o mesmo status do médico brasileiro. Este, uma vez registrado no CRM, está apto a exercer a Medicina em território pátrio em toda a sua plenitude, tendo garantidas a liberdade e autonomia para a execução dos atos médicos.

Corrigindo assim as lacunas existentes nas resoluções anteriores, a presente resolução atende fielmente os anseios dos colegas estrangeiros que vêm buscar em nosso país o aprimoramento profissional, bem como as necessidades das instituições que oferecem os programas de ensino de pós-graduação para médicos estrangeiros.

RESOLUÇÃO CFM 1.670/03

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO a importância do ambiente e da qualificação do pessoal envolvido para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sob sedação ou analgésia, com uso de medicamentos para o conforto, alívio da dor e abolição de reflexos indesejáveis;

CONSIDERANDO o uso de drogas ou combinações de drogas que apresentam efeitos sobre o sistema nervoso, cardiovascular e respiratório;

CONSIDERANDO como prioritária a segurança do paciente durante o procedimento e após sua realização;

CONSIDERANDO a necessidade de se criar normas que definam os limites de segurança com relação ao ambiente, qualificação do pessoal, responsabilidades por equipamentos e drogas disponíveis para o tratamento de intercorrências e efeitos adversos;

CONSIDERANDO o que dispõem as Resoluções CFM nºs. 1.363/93 e 1.409/94;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13 de junho de 2003,

RESOLVE:

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

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

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

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

IV.Documentação com critérios de alta do paciente.

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

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

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

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

Art. 4º - Os anexos I e II fazem parte da presente resolução.

Art. 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I DEFINIÇÃO E NÍVEIS DE SEDAÇÃO

Sedação é um ato médico realizado mediante a utilização de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente para a realização de procedimentos médicos ou odontológicos. Sob diferentes aspectos clínicos, pode ser classificada em leve, moderada e profunda, abaixo definidas:

Sedação Leve é um estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.

Sedação Moderada/Analgesia (“Sedação Consciente”) é um estado de depressão da consciência, obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.

Sedação Profunda/Analgesia é uma depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

Observação importante: As respostas ao uso desses medicamentos são individuais e os níveis são contínuos, ocorrendo, com frequência, a transição entre eles. O médico que prescreve ou administra a medicação deve ter a habilidade de recuperar o paciente deste nível ou mantê-lo e recuperá-lo de um estado de maior depressão das funções cardiovascular e respiratória.

ANEXO II

EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO	
Oxigênio	· Sistema para fornecimento de oxigênio a 100%
Aspirador	· Sistema para aspirar secreções · Sondas para aspiração
Manutenção das Vias Aéreas	· Máscaras faciais · Máscaras laríngeas · Cânulas naso e orofaríngeas · Tubos endotraqueais · Laringoscópio com lâminas
Monitores	· Oxímetro de pulso com alarmes · Monitor cardíaco · Aparelho para medir pressão arterial
Equipamentos para Reanimação e Medicamentos	· Balão auto-inflável (Ambu) · Desfibrilador · Drogas para a reanimação · Antagonistas: Naloxone, Flumazenil · Impressos com protocolos para reanimação (tipo ACLS)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.671/03

Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica, bem como fiscalizadores do exercício profissional médico, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar preservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

CONSIDERANDO que o médico tem a obrigação de proteger o paciente e não pode delegar a outro profissional nenhum ato de sua exclusiva competência;

CONSIDERANDO a necessidade da existência de serviços pré-hospitalares para o atendimento da urgência/emergência, visando prestar assistência adequada à população;

CONSIDERANDO a definição de ATO MÉDICO, emanada nos termos da Resolução CFM nº 1.627/2001;

CONSIDERANDO que o diagnóstico é ato médico não-compartilhado e, portanto, atividade exclusiva de médico;

CONSIDERANDO que somente ao médico compete indicar, prescrever e diagnosticar como meio de auxílio no tratamento dos sintomas de diversas doenças;

CONSIDERANDO a jurisprudência sobre a matéria exarada dos Tribunais Superiores (Rep.1056-2-DF-STF);

CONSIDERANDO que após ocorrido o agravo à saúde, nas ocorrências pré-hospitalares, impõe-se a necessidade de ser efetuado diagnóstico imediato;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Decreto Lei nº 20.391/32 e as Resoluções CFM nº 1.342/91 e 1.352/92, nenhum estabelecimento de assistência médica pode funcionar sem um responsável médico;

CONSIDERANDO que os procedimentos delegados a profissionais não-médicos podem ser estabelecidos pelo médico regulador através de protocolos específicos, cabendo ao médico responsável técnico da instituição a supervisão de todas as atividades do serviço;

CONSIDERANDO que os procedimentos iniciais de terapêutica, orientações de transferência e condutas quanto ao tratamento definitivo na rede hospitalar devem ser supervisionados por médico no local ou através de sistema homologado de comunicação;

CONSIDERANDO que um adequado funcionamento do atendimento pré-hospitalar trará diminuição dos riscos em todos os agravos de urgência/emergência e o interesse público na minimização das seqüelas em vítimas de traumas, com conseqüente redução dos custos hospitalares;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina deve regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitais no atendimento prestado à população, visando que neles o desempenho ético-profissional da Medicina seja efetivo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 9/07/03,

RESOLVE:

Art. 1º - Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a conseqüente terapêutica.

Art. 2º - Que todo serviço de atendimento pré-hospitalar deverá ter um responsável técnico médico, com registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

Parágrafo único - Os serviços de atendimento pré-hospitalar vinculados a estabelecimentos hospitalares deverão ter um médico responsável técnico específico.

Art. 3º - Aprovar a "Normatização da Atividade na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar", que constitui o ANEXO I da presente resolução.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogada a Resolução CFM nº 1.529/98 e demais disposições em contrário.

"NORMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE NA ÁREA DA URGÊNCIA-EMERGÊNCIA NA SUA FASE PRÉ-HOSPITALAR" DEFINIÇÃO E OBJETIVO

Consideramos como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida, mantendo uma relação mínima de uma ambulância para cada cem mil habitantes. Por unidade, entenda-se uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais, além do condutor(a), treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico. Assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Na urgência-emergência deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, não-médicos, habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao SUS, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais, sob coordenação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Deverá haver um programa mínimo que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinados deverá obedecer ao critério da competência, ou seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa de treinamento continuado e supervisão médica e de enfermagem em serviço. Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, com presença permanente de médico coordenador (médico regulador) que, quando pertinente, despachará o atendimento emergencial para a unidade mais próxima, colhendo, ainda, informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a Central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente. Considerando-se as particularidades regionais, os CRMs poderão normatizar sobre outro modo de regulação médica.

1) REGULAÇÃO MÉDICA

A chamada "regulação médica" das emergências é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar. Faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica ante os pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis.

1.1- A competência técnica do profissional médico é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista e definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento. No caso de julgar não ser necessário enviar meios móveis de atenção, o médico deverá explicar sua decisão e orientar o demandante do socorro quanto a outras medidas que julgar necessárias, mediante orientação ou conselho médico que permitam ao demandante assumir cuidados ou ser orientado a buscá-los em local definido ou indicado pelo profissional médico. Em todo o caso, estamos tratando do exercício da telemedicina, onde é impositiva a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação e de atendimento no terreno e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados (tanto no setor público quanto no privado) que definam os passos e as bases para a decisão do regulador. O protocolo de regulação deve ainda estabelecer, claramente, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em nenhuma hipótese, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador.

Igualmente, os protocolos de intervenção médica pré-hospitalar deverão ser concebidos e pactuados, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista quanto aos elementos de decisão e intervenção, garantindo objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes.

O monitoramento das missões é dever do médico regulador.

Como, freqüentemente, o médico regulador irá autorizar atos não-médicos por radiotelefonia (sobretudo para profissionais de enfermagem, bombeiros, policiais rodoviários, enfermeiros), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar. O médico regulador tem o dever de saber com exatidão as capacidades/habilidades de seu

pessoal não-médico e médico, de forma a dominar as possibilidades de prescrição e fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisões que qualifiquem/habilitem os intervenientes.

O próprio médico regulador terá de se submeter à formação específica e habilitação formal para a função, e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica pré-hospitalar.

O regulador deverá, ainda, velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem rigorosamente o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas (uso de códigos).

A competência técnica médica do regulador se sintetiza em sua capacidade de "julgar", discernindo a urgência real da urgência aparente, e é em torno a este desafio que devemos centrar suas prerrogativas, deveres e garantias de regulamentação, sobre o que o Conselho Federal de Medicina pode e deve se manifestar.

Ao médico regulador deverão ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos como de equipamentos, para o bom exercício de sua função.

1.2- A outra competência do médico regulador refere-se à decisão gestora dos meios disponíveis, onde se insere e deve possuir autorização e regulamentação por parte dos gestores do SUS em seus níveis de coordenação operacional, notadamente nos municípios.

Cabe, nesta dimensão, a decisão médica do regulador sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, dentre suas disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação. Suas prerrogativas devem, ainda, se estender à decisão sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, considerando o conceito de que nas emergências não existe número fechado de leitos ou capacidade limite *a priori*. O médico pode também acionar planos de atenção a desastres, pactuados com os outros intervenientes nestas situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de emergência. Também em situações excepcionais poderá requisitar recursos privados, com pagamento ou contrapartida *a posteriori*, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes. O regulador do sistema público de emergências terá, obrigatoriamente, que ser consultado pela atenção pré-hospitalar privada, sempre que esta conduzir paciente ao setor público. O regulador deverá contar, ainda, com acesso à Central de Internações, de forma a que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados em relação às suas necessidades.

É desejável que, através de pactuação com todos os setores sociais pertinentes, o médico regulador seja reconhecido formalmente como autoridade pública na área da saúde, com suas prerrogativas e deveres devidamente estabelecidos e documentados.

O setor privado que atua em atendimento pré-hospitalar deverá contar, obrigatoriamente, com médicos reguladores e de intervenção, o que pode ser exigido, inclusive, nos códigos municipais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas ao regulador público sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-emergencial. Em caso de necessidade de atuar como porta-voz em situações de interesse público, o médico regulador deverá se manter nos limites do sigilo e da ética médica.

2) DEFINIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A) Profissionais não - oriundos da área de saúde:

A-1. TELEFONISTA – Auxiliar de Regulação

Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população. Trabalha em centrais de comunicação (regulação médica), podendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é diretamente supervisionada por profissionais médicos em regime de disponibilidade integral (24 horas).

A-2. CONDUTOR

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de emergência e auxiliar a equipe de atendimento, quando necessário. Sua atuação nos assuntos referentes ao manejo do paciente é diretamente supervisionada pelos profissionais da equipe.

OBS: Nesta categoria incluem-se pilotos de aeronaves aeromédicas ou condutores de outros tipos de veículos de emergência (lanchas, embarcações, etc.) destinados a transportar pacientes.

A-3. BOMBEIROS, AGENTES DE DEFESA CIVIL e POLICIAIS

Profissionais que serão habilitados, após treinamento específico em instituições ligadas ao SUS, para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Fazem intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou a distância, utilizando materiais e equipamentos especializados. As atividades dos bombeiros atendem aos princípios constitucionais que estabelecem suas competências para atendimento e proteção da vida.

A- 4. RÁDIO OPERADOR

Profissional de nível básico, habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência.

B) Profissionais oriundos da área de saúde:

B-1. PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Profissionais habilitados para o atendimento pré-hospitalar e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, são habilitados a realizar procedimentos, sob prescrição médica, na vítima do trauma e de outras emergências médicas, no âmbito de sua qualificação profissional.

B-2. ENFERMEIRO

Profissional de nível superior, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar aos pacientes e ações administrativas e operacionais em sistemas de atendimentos pré-hospitalares, inclusive cursos de capacitação

dos profissionais do sistema e ações de supervisão e educação continuada dos mesmos. Nos termos da legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem – Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

B-3. MÉDICO

Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida em ambulâncias e coordenação do sistema.

3) PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS

Requisitos Gerais para todos os profissionais:

- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Manter sigilo profissional;
- Capacidade de trabalhar em equipe.
- Treinamento em suporte básico de vida.

COMPETÊNCIAS:

3-1. TELEFONISTA

- Atender solicitações telefônicas da população;
- Anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio;
- Prestar informações gerais ao solicitante;
- Auxiliar o médico regulador nas suas tarefas;
- Estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;
- Estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência, para colher dados e trocar informações;
- Anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço;
- Obedecer aos protocolos de serviço;
- Atender às recomendações do médico regulador.

3-2. CONDUTOR

- Trabalhar em regime de plantão, operando veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes;
- Conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, tanto a parte mecânica quanto os equipamentos médicos;
- Realizar manutenção básica do veículo;
- Auxiliar a equipe de atendimento no manejo do paciente, quando solicitado;
- Estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a Central de Comunicação (regulação médica) e seguir suas orientações;
- Conhecer a malha viária local;
- Conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema pré-hospitalar local.

3-3. BOMBEIROS, AGENTES DE DEFESA CIVIL e POLICIAIS

- Avaliação da cena com identificação de mecanismo do trauma;
- Conhecer os equipamentos de bioproteção individual e sua necessidade de utilização;
- Realizar manobras de extricação manual e com equipamentos próprios;
- Garantir sua segurança pessoal e das vítimas no local do atendimento e realizar o exame primário, avaliando condições de vias aéreas, circulação e estado neurológico;
- Ser capaz de transmitir, via rádio, ao coordenador médico, a correta descrição da vítima e da cena;
- Conhecer as técnicas de transporte do politraumatizado;
- Realizar suporte do politraumatizado;
- Saber observar sinais diagnósticos, cor da pele, tamanho das pupilas, reação das pupilas à luz, nível de consciência, habilidade de movimentação e reação à dor;
- Medir e avaliar sinais vitais, pulso e respiração e situar o estado da vítima nas escalas de trauma e coma, se for o caso;
- Identificar situações de gravidade nas quais a tentativa de estabilização do paciente no local deve ser evitada em face da urgência da intervenção hospitalar (exemplo: ferida perfurante de tórax);
- Colher informações do paciente e da cena do acidente, procurando evidências de mecanismos de lesão;
- Manter as vias aéreas permeáveis, com manobras manuais e com equipamentos disponíveis no veículo de emergência (câmulas orofaríngeas);
- Administrar oxigênio e realizar ventilação artificial utilizando meios naturais e equipamentos disponíveis no veículo de emergência (câmulas, máscaras, ambu, cilindro de oxigênio);
- Realizar circulação artificial pela massagem cardíaca externa;
- Saber operar o aparelho de desfibrilação semi-automática;
- Controlar sangramento externo evidente, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;
- Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna cervical, utilizando tábuas e outros equipamentos de imobilização e transporte;
- Reavaliar os sinais vitais e completar o exame do paciente;
- Aplicar curativos e bandagens, inclusive nos casos de queimaduras e ferimentos nos olhos;
- Imobilizar coluna e membros fraturados, utilizando os equipamentos disponíveis no veículo de emergência;
- Oferecer o primeiro atendimento a traumatismos específicos (curativos em três pontos, curativo abdominal, olhos e orelhas, queimaduras, etc.);
- Reconhecer os períodos do parto, dar assistência ao parto normal em período expulsivo e prestar os primeiros cuidados ao recém-nato;
- Oferecer o primeiro atendimento às gestantes e crianças traumatizadas;
- Realizar abordagem inicial (conforme itens anteriores) e oferecer atendimento a pacientes especiais, doentes mentais, alcoólatras e suicidas;
- Idealmente, ser portador de habilitação para dirigir a ambulância;

- Utilizar instrumentos de monitorização não-invasiva conforme protocolo local autorizado (pressão arterial, cardioscópio, oxímetro de pulso, etc.);
- Estabelecer contato com a Central de Comunicação (regulação médica), para repassar dados e seguir obrigatoriamente suas determinações;
- Conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento;
- Ser capaz de preencher os formulários e registros obrigatórios do serviço;
- Ser capaz de repassar as informações pertinentes ao atendimento à equipe médica do hospital ou instituição de saúde que receberá o paciente.

3-4. RÁDIO OPERADOR

- Operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;
- Exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar;
- Manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;
- Conhecer a malha viária e as principais vias de acesso a todas as áreas do(s) município(s) abrangido(s) pelo sistema de atendimento pré-hospitalar local.

3-5. PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

- Todas as competências e atributos listadas para os bombeiros e policiais rodoviários;
- Habilitação profissional como técnico de enfermagem;
- Administração de medicamento por via oral e parenteral, sob prescrição médica e supervisão de enfermagem.

3-6. ENFERMEIRO

- Administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Participar da formação dos bombeiros, policiais rodoviários e dos demais profissionais na área de urgência/emergência pré-hospitalar;
- Prestar assistência direta às vítimas, quando indicado;
- Avaliar a qualidade dos profissionais atuantes nos atendimentos pré-hospitalares e proporcionar-lhes supervisão em serviço;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade caso integre ao Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos da área.
- Exercer todas as funções legalmente reconhecidas à sua formação profissional. Nos termos da legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem – Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

3-7. MÉDICO

- Exercer a regulação médica do sistema, compreendendo: recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;
- Manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema;
- Prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar;
- Exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- Fazer controle de qualidade do serviço, nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Avaliar a qualidade dos profissionais atuantes no atendimento pré-hospitalar e subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade, caso integre ao Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos da área.
- Quando investido no cargo de diretor técnico do serviço, deverá efetuar a supervisão geral e demais atividades pertinentes à função.

4) CONTEÚDO CURRICULAR

O conteúdo técnico-científico referente à capacitação para início das atividades profissionais em nível pré-hospitalar pode ser dividido em módulos comuns. Para todos os profissionais, os módulos são, de modo geral, os mesmos. Há necessidade, porém, da separação de alguns dos módulos propostos em conhecimentos básicos e conhecimentos avançados, a fim de propiciar, especialmente, a diferenciação dos aspectos práticos do treinamento. O conteúdo do treinamento deve seguir a seguinte divisão:

Módulos Básicos: para capacitação de telefonistas, motoristas, bombeiros militares, policiais rodoviários e técnicos em emergências médicas;

Módulos Avançados: para capacitação de médicos e enfermeiros;

Módulos Comuns: para capacitação de todos os profissionais, contendo o mesmo conteúdo e carga horária.

Todos os módulos comportam exposições teóricas e exercícios práticos, sendo sugerido o método didático de problematização (estudo por problemas) como modelo pedagógico a ser adotado. Sendo assim, os cursos de capacitação devem alternar exposições teóricas, estudo de cenários e sessões de treinamento de habilidades práticas.

Os instrutores, de modo geral, são da área da saúde (médicos e enfermeiros), salvo nos capítulos específicos de outras atividades profissionais: radiocomunicação, extricação de ferragens, salvamento terrestre e em altura, direção defensiva e cargas perigosas, capacitação pedagógica e gerencial.

4-1. MÓDULO COMUM - Todos os profissionais

I) Introdução ao atendimento pré-hospitalar

- Qualificação pessoal
- Atendimento pré-hospitalar
- Sistema de saúde local
- Radiocomunicação
- Telefonia
- Rotinas operacionais
- Biocinética /cinemática do trauma

- Registros e documentos

4-2. MÓDULOS BÁSICOS - Telefonista, motorista, bombeiros, policiais militares, policiais rodoviários e técnicos em emergências médicas

I – Regulação médica

II – Abordagem do paciente

- Anatomia e fisiologia

- Abordagem do paciente

- Abordagem do politraumatizado

- Manejo de vias aéreas

- Ressuscitação cardiopulmonar

- Oxigenoterapia

- Monitorização

- Biossegurança

III – Emergências clínicas

-Abordagem de sinais vitais em emergências: cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastrintestinais, geniturinárias, endócrino-metabólicas, oftalmo/otorrinolaringológicas

IV – Intervenções específicas

- Intoxicações/envenenamentos

- Lesões térmicas

- Afogamento

- Assistência ao parto

- Emergências psiquiátricas/suicidas/alteração comportamental

- Catástrofes/desastres

V – Trauma

- Ferimentos/hemorragias/bandagens

- Sinais de choque

- Imobilizações: coluna/extremidades

- Manejo de gestantes/crianças

VI – Remoção de vítimas; remoção/extricação de ferragens; salvamento terrestre/altura

VII – Estágios práticos

VIII – Trânsito - Direção defensiva

- Produtos perigosos

4-3. MÓDULOS AVANÇADOS - médicos e enfermeiros

I – Regulação médica

II – Abordagem do paciente - Manejo de vias aéreas - Manejo da parada cardíopulmonar - Oxigenoterapia Monitorização

III – Emergências clínicas cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastrintestinais, geniturinárias, endócrino-metabólicas, oftalmo/otorrinolaringológicas

IV – Situações especiais - Intoxicações/envenenamentos - Lesões térmicas -Afogamento - Emergências obstétricas - Emergências psiquiátricas -Catástrofes/desastres - Sedação/analgesia - Identificação do óbito.

V – Trauma -Controle de hemorragias -Manejo do choque hipovolêmico - Manejo do trauma de tórax, abdômen, raquimedular - Músculo-esquelético, crânio, olhos/ouvidos - Trauma na gestante- Trauma na criança.

VI- Remoção de vítimas-Remoção/extricação de ferragens- Salvamento terrestre- altura.

VII – Estágios práticos.

VIII – Trânsito -Produtos perigosos

IX – Capacitação profissional - Capacitação pedagógica - Capacitação gerencial

O conteúdo de cada item dos módulos deve ser adaptado ao nível profissional (médico ou enfermeiro), porém a carga horária e o número de itens são os mesmos.

5) AVALIAÇÃO

A avaliação dos profissionais submetidos aos cursos de capacitação deve ser formalizada de modo a permitir o uso de critérios objetivos. Deve-se priorizar o desempenho prático do aluno como critério fundamental, sem porém subvalorizar a avaliação teórica. Os agentes que devem realizar a avaliação devem ter vivência prática no sistema pré-hospitalar.

6) CERTIFICAÇÃO

A certificação dos profissionais atuantes no sistema pré-hospitalar deve ser obtida através de Centros de Capacitação, constituídos sob coordenação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais. Os médicos responsáveis técnicos pelos serviços de atendimento pré-hospitalar deverão supervisionar a documentação de todos os profissionais participantes de suas respectivas instituições.

6-1. OS CENTROS DE CAPACITAÇÃO DEVEM PROVER

- cursos regulares de habilitação integral de novos profissionais;

- cursos modulares para habilitação progressiva dos profissionais já atuantes em sistemas pré-hospitalares e que ainda não possuem a certificação formal;

- cursos de reciclagem dos profissionais, com o intuito de renovar sua certificação;

- mecanismos de educação continuada, estabelecidos em conjunto com os serviços pré-hospitalares atuantes na área de sua abrangência, envolvendo atividades de supervisão e treinamento em serviço;

- desenvolvimento obrigatório do currículo mínimo de capacitação;

- aceitação exclusiva de candidatos enquadrados no perfil profissional preestabelecido;

- formalização de convênios interinstitucionais para o desempenho de suas funções, com o aval do gestor de saúde local e/ou regional.

6-2. Os serviços pré-hospitalares devem prover condições para a re-capacitação, desenvolvida junto aos Centros de Capacitação, cabendo ao médico responsável avaliar a qualidade e o desempenho do serviço, sugerindo as reavaliações e treinamentos para a manutenção da qualidade da assistência.

NORMAS PARA VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

1- AMBULÂNCIAS

I – Conceito e definições

I 1. Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) exclusivamente destinado ao transporte de enfermos.

I 2. As dimensões e outras especificações do veículo deverão obedecer às normas da ABNT.

II - Classificação das ambulâncias

II 1. As ambulâncias são classificadas em :

Tipo A – Ambulância de transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

Tipo B - Ambulância de suporte básico: veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e transporte inter-hospitalar, contendo apenas os equipamentos mínimos à manutenção da vida.

Tipo C - Ambulância de resgate: veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de pacientes com risco de vida desconhecido, contendo os equipamentos necessários à manutenção da vida.

Tipo D - Ambulância de suporte avançado (ASA) ou ambulância UTI móvel: veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pré-hospitalares e transporte inter-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

Tipo E - Aeronave de transporte médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes.

Tipo F - Nave de transporte médico: veículo motorizado hidroviário destinado ao transporte de pacientes por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento dos mesmos conforme sua gravidade.

2. OUTROS VEÍCULOS

2.1 - Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco sentados (ex. pacientes crônicos, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

2. II - Veículos de intervenção rápida (veículos leves) para transporte de médicos e/ou equipamentos especiais para ajuda no atendimento de campo.

III – Materiais e equipamentos das ambulâncias

III 1. As ambulâncias deverão ter no mínimo dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

III 1.1. Ambulância de transporte (tipo A):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (obrigatório apenas para ambulâncias que façam parte do sistema de atendimento pré-hospitalar); maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto; luvas descartáveis; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; pacotes de gaze estéril.

III 1.2. Ambulância de suporte básico (tipo B):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional); maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com tripla saída, para permitir a alimentação do respirador; fluxômetro e umidificador de oxigênio; aspirador tipo Venturi; pranchas curtas e longas para imobilização de coluna, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; talas para imobilização e conjunto de colares cervicais; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gazes estéreis e braceletes de identificação.

III 1. 3. Ambulância de Resgate (tipo C);

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; suporte para soro, desfibrilador semi-automático, oxímetro de pulso portátil, instalação de rede de oxigênio como descrita no item anterior; prancha longa para imobilização de coluna; prancha curta ou colete imobilizador; conjunto de colares cervicais; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; maleta de emergência como descrita no item anterior, acrescida de protetores para queimados ou eviscerados; maleta de parto como descrito no item anterior; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

Materiais de resgate dos Corpos de Bombeiros, conforme normatização específica dos mesmos, não deverão ser componentes das ambulâncias tipo C mas sim fazer parte de veículos específicos dessas corporações.

III 1. 4. Ambulância de Suporte Avançado (tipo D), também denominada ambulância UTI móvel:

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte, com alarmes de desconexão de circuito, pressão alta em vias aéreas, falha de ciclo, baixa pressão de gás, PEEP até 15 cm de H₂O; monitor multiparâmetro ou aparelhos separados contendo, no mínimo, oximetria de pulso, pressão arterial não - invasiva; unidade geradora de marca-passo transvenoso portátil; eletrocardiógrafo capaz de registrar ECG de 12 derivações; monitor cardíaco e cardioversor com marca-passo externo com bateria e instalação elétrica disponível; duas ou mais bombas de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o "cuí"; ressuscitador manual adulto/infantil; sondas para aspiração traqueal de

vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; drenos para tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 4 vias; frascos de solução salina; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; frascos de drenagem de tórax; extensões para drenos torácicos; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.

III 1. 5 Aeronave de Transporte Médico (tipo E):

Deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto como infantil, com as adaptações necessárias para o uso em ambientes hipobáricos, homologados pelos órgãos competentes.

III 1. 6. Nave de Transporte (tipo F):

Poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de tipos A, B ou D, dependendo da finalidade de emprego.

III 2. Transporte de paciente neonatal:

Deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a. incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b. Respirador de transporte neonatal;

c. Nos demais itens deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

IV. Medicamentos

IV. 1. Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de suporte avançado, aeronaves e naves de transporte médico (tipos D, E, F).

a) Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;

b) Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%;

c) Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolam;

d) Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; nifedipina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

V. Identificação

V.1. – As ambulâncias do tipo B, C, D e E serão identificadas com símbolo próprio indicativo dos serviços de resgate e emergências.

VI. Tripulação mínima

VI. 1 – Ambulância do tipo A: motorista

VI. 2 - Ambulância do tipo B: motorista com treinamento em APH e um auxiliar de enfermagem habilitado em APH.

VI. 3 - Ambulância do tipo C: dois profissionais com treinamento em APH e resgate e motorista capacitado em APH.

VI. 4 - Ambulância do tipo D: motorista, enfermeira e médico com treinamento em APH.

VII.5 - Aeronaves e naves devem ter tripulação equivalente, conforme a gravidade do paciente a ser resgatado ou transportado.

VII. Requisitos gerais

VII. 1 - Cada veículo deverá ser mantido em bom estado de conservação e em condições de operação.

VII. 2 - O uso de sinalizador sonoro e luminoso somente será permitido durante a resposta aos chamados de emergência e durante o transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor.

VII. 3 - A maca deverá ter um sistema de fixação no veículo e cintos de segurança em condições de uso. Os cintos de segurança são também obrigatórios para todos os passageiros.

VII. 4 - É obrigatória a desinfecção do veículo após o transporte de pacientes portadores de moléstia infectocontagiosa, antes de sua próxima utilização, de acordo com a Portaria MS nº 930/92.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.672/2003

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica, bem como fiscalizadores do exercício profissional médico, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar preservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

CONSIDERANDO a existência de serviços de atendimento pré-hospitalar que prestam atendimentos de urgência/emergência à população, com veículos já padronizados;

CONSIDERANDO que o transporte de pacientes através de ambulâncias, com os equipamentos necessários e competente classificação, está devidamente estabelecido pelas Resoluções CFM nº 1.671/2003 e nº 1.596/2000 (transporte aeromédico), além de normatização específica do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo A, denominada ambulância de transporte, é o veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo B, denominada ambulância de suporte básico, é o veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e transporte inter-hospitalar, contendo apenas os equipamentos mínimos à manutenção da vida;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo C, denominada ambulância de resgate é o veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de pacientes com risco de vida desconhecido, contendo os equipamentos necessários à manutenção da vida;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo D, denominada ambulância de suporte avançado (ASA) ou ambulância UTI móvel, é o veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pré-hospitalares e transporte inter-hospitalar, contendo os equipamentos médicos necessários para esta função, sendo obrigatória, quando em serviço a presença do médico em seu interior;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo E, denominada aeronave de transporte médico, é a aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo F, denominada nave de transporte médico, é o veículo motorizado hidroviário destinado ao transporte de pacientes por via marítima ou fluvial, devendo possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento dos mesmos conforme sua gravidade;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Decreto Lei nº 20.391/32 e as Resoluções CFM nºs 1.342/91 e 1.352/92, nenhum estabelecimento de assistência médica pode funcionar sem um responsável médico;

CONSIDERANDO que os procedimentos e orientações nas ações de transferência da rede hospitalar devem ser supervisionados por médico, não podendo este se omitir na sua função tutelar da vida como bem indisponível;

CONSIDERANDO que os Conselhos devem regulamentar as condições dos transportes inter-hospitalares no atendimento prestado à população, visando que neles o desempenho ético-profissional da Medicina seja efetivo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 9/07/03,

RESOLVE:

Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I- O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.

b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

IX- O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a) incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b) respirador de transporte neonatal;

c) nos demais itens, deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

Art. 2º - Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.673/03

Ementa: A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57);

CONSIDERANDO que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores.

Art. 2º - Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Parágrafo único – As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais.

Art. 3º - Revogue-se as disposições em contrário.

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

RESOLUÇÃO CFM N° 1.674/2003

Considera a Litotripsia Extracorpórea por Onda de Choque um ato médico e estabelece critérios para sua realização.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das suas atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO ser a Litotripsia Extracorpórea por Onda de Choque (LEOC) uma terapêutica da litíase urinária não isenta de riscos ou acidentes durante ou após o procedimento, em virtude da alta energia transcórpórea empregada;

CONSIDERANDO a existência de numerosos serviços em atividade no país, empregando equipamentos de tecnologia diversa, tanto em relação ao sistema e à potência das ondas de choque quanto ao uso de ultra-sonografia ou radioscopia para localizar os cálculos;

CONSIDERANDO a necessidade de resguardar a integridade física dos pacientes, bem como normatizar o relacionamento ético entre os vários profissionais envolvidos no procedimento, e entre estes e as entidades assistenciais;

CONSIDERANDO os Pareceres CFM nº 15/92 e 949/2003, e as Resoluções CREMESP nº 69/95 e CREMERJ nº 156/00

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 10 de setembro de 2003,

RESOLVE:

Art 1º - A litotripsia extracorpórea é procedimento terapêutico para tratamento da litíase urinária, podendo ser empregado como alternativa à cirurgia, ou de forma complementar a esta.

Art 2º - Os serviços de litotripsia extracorpórea devem contar com recursos suficientes para o atendimento de emergências - material para suporte respiratório, ressuscitação, monitorização e manutenção de vida - bem como sistema de transporte para eventual emergência que necessite de cirurgia imediata.

Parágrafo único - Os serviços situados fora das dependências hospitalares devem manter convênio com um hospital de referência, previamente definido, dotado de recursos para atendimento de emergências cirúrgicas, para encaminhamento automático e atendimento imediato.

Art 3º - A LEOC é um ato médico e sua indicação é de exclusiva competência do médico responsável pelo paciente (médico assistente).

Art 4º - A aplicação da litotripsia extracorpórea é realizada por médico com treinamento específico para operar o equipamento (médico executor).

Art 5º - Compete ao médico que realiza a LEOC o acompanhamento do paciente durante o procedimento, bem como o atendimento ao mesmo em virtude de possíveis intercorrências e/ou complicações.

Art 6º - As complicações porventura ocorridas após o procedimento, tais como hemorragias, rupturas, dores e outras, dependendo da gravidade ou intensidade, devem preferencialmente ser atendidas pelo médico que executou a LEOC.

Parágrafo único - Compete também ao médico que executou o procedimento referenciar o paciente ao médico que o indicou, mediante relatório e informações sobre intercorrências e/ou complicações.

Art 7º - Cabe o recebimento de honorários pelo médico que executa o procedimento.

Parágrafo único – O pagamento de honorários por acompanhamento da LEOC, pelo assistente e/ou outro médico, chamado(s) pelo médico executor, poderá ocorrer em situações clínicas especiais, devidamente justificadas tecnicamente, demonstrando benefício ao paciente.

Art 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM N° 1.675/2003

(Publicada no D.O.U. 24 out 2003, Seção I, pg. 87) - Altera a Resolução CFM nº 1.613/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o artigo 15, letra "c", da Lei nº 3.268/57, incumbe aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização do exercício da profissão médica;

CONSIDERANDO que o artigo 12 do Decreto nº 44.045/58 deixa claro que as pessoas jurídicas de prestação de serviços de assistência médica estão sob a ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina;

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

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.613/2001, de 7 de fevereiro de 2001;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.503/97, que dispõe sobre o Código Brasileiro de Trânsito;

CONSIDERANDO a Resolução nº 80/98, do Conselho Nacional de Trânsito;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a fiscalização do exercício profissional nos exames de aptidão física e mental para candidatos à Carteira Nacional de Habilitação;

CONSIDERANDO o decidido na reunião de 10 de abril de 2003, ocorrida na Câmara Técnica de Medicina de Tráfego/CFM;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 10 de setembro de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o roteiro de vistoria a clínicas e consultórios de exame de aptidão física e mental, para candidatos à Carteira Nacional de Habilitação.

Parágrafo único - O roteiro anexo fará parte do Manual de Fiscalização criado pela Resolução CFM nº 1.613/2001.

Art.2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de setembro de 2003

PROPOSTA PARA FISCALIZAÇÃO E ROTEIRO DE VISTORIA DE CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS, POSTOS E MÉDICOS AUTORIZADOS PELOS DEPARTAMENTOS ESTADUAIS DE TRÂNSITO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL PARA CONDUTORES E CANDIDATOS A CONDUTORES DE VEÍCULOS AUTOMOTORES

1- Classificação do Serviço

Consultório ()
Clínica ()
Posto de atendimento ()

2- Natureza do Serviço

() Público () Privado
() Municipal () Filantrópico
() Estadual () Beneficente
() Federal () Lucrativo
() Universitário () Universitário

3 - Identificação

Registro da empresa / CRM Sim () Não ()
Alvará sanitário atualizado Sim () Não ()
Licença de localização e funcionamento Sim () Não ()

Horário de atendimento _____
Nome do estabelecimento: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____
Telefone: _____ Fax: _____
E-mail: _____
Diretor técnico/responsável: _____
Diretor clínico: _____

Recursos Humanos

Número de médicos _____
Outros profissionais _____ (anexar lista)

Médicos credenciados:

Nome: _____ CRM: _____

credenciamento _____

Especialista em Medicina de Tráfego () Sim () Não
Curso de capacitação para médico perito examinador () Sim () Não

Nome: _____ CRM: _____

credenciamento _____

Especialista em Medicina de Tráfego () Sim () Não
Curso de capacitação para médico perito examinador () Sim () Não

Nome: _____ CRM _____

credenciamento _____

Especialista em Medicina de Tráfego () Sim () Não
Curso de capacitação para médico perito examinador () Sim () Não

Nome: _____ CRM _____

credenciamento _____

Especialista em Medicina de Tráfego () Sim () Não
 Curso de capacitação para médico perito examinador () Sim () Não
 Outros médicos: ANEXAR conforme modelo

Nome do responsável pela informação: _____

4- Características Gerais

Local com atividade exclusiva para o procedimento () Sim () Não
 Consultório(s) para o exame com comprimento longitudinal mínimo de 6 metros no caso de a avaliação da acuidade visual ser realizada através de projetor luminoso ou tabela de Snellen () Sim () Não
 Lavatório para as mãos () Sim () Não
 Iluminação e ventilação satisfatórias () Sim () Não
 Recepção/Sala de espera () Sim () Não
 Instalações sanitárias para homens e mulheres, separadamente e em perfeitas condições de utilização, funcionamento e higiene () Sim () Não

5- Mobiliário e Equipamentos

Mesa para exame clínico () Sim () Não
 Cadeira para o candidato () Sim () Não
 Cadeira e mesa para o médico () Sim () Não
 Estetoscópio () Sim () Não
 Esfignomanômetro () Sim () Não
 Martelo de Babinski () Sim () Não
 Dinamômetro para força manual () Sim () Não
 Placas para aferir profundidade () Sim () Não
 Equipamento para avaliação do campo visual () Sim () Não
 Equipamento de avaliação do ofuscamento e visão noturna () Sim () Não
 Equipamento para aferir visão estereoscópica () Sim () Não
 Equipamento para avaliação da acuidade visual () Sim () Não
 Foco luminoso () Sim () Não
 Negatoscópio () Sim () Não
 Fita métrica () Sim () Não
 Livro de Ishiara () Sim () Não
 Recursos de informática () Sim () Não
 Comentários: _____

6 - Organização

Há formulários RENACH padronizados e com cópias () Sim () Não
 Há arquivo de prontuário médico (cópias do exame) () Sim () Não
 Há livro de presença com registro dos candidatos () Sim () Não
 Há estatísticas dos exames realizados/ e anexar as referentes ao último trimestre () Sim () Não
 Comentários: _____

7- Estrutura gerencial para clínicas

Normas e rotinas setorizadas () Sim () Não
 Programas de treinamento e especialização () Sim () Não
 Registro de reuniões () Sim () Não
 Áreas terceirizadas (serviços, equipes médicas e manutenção preventiva) () Sim () Não
 Comentários: _____

8- Qualidade do Exame - O exame de aptidão física e mental inclui:

Questionário (anexar modelo) () Sim () Não
 Avaliação psiquiátrica () Sim () Não
 Exame clínico geral () Sim () Não
 Avaliação oftalmológica () Sim () Não
 Avaliação otorrinolaringológica () Sim () Não
 Avaliação neurológica () Sim () Não
 Avaliação cardiorrespiratória () Sim () Não
 Avaliação do aparelho locomotor () Sim () Não
 Dinamometria manual () Sim () Não

9- Produção Trimestral

Mês _____
 Mês _____
 Número de exames de aptidão física e mental realizados _____

10- Publicidade

A clínica segue as normas da CODAME () Sim () Não

11- Conclusão

Local _____ Data _____

Médicos fiscais _____

RESOLUÇÃO Nº 1.715, DE 8 DE JANEIRO DE 2004

Regulamenta o procedimento ético-médico relacionado ao Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP).

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo o art. 154 do Código Penal Brasileiro;

CONSIDERANDO a força de lei dos artigos 11, 102 e 105 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;]

CONSIDERANDO que a revelação dos exames médicos pode acarretar a quebra do sigilo médico, bem como prejuízos à vida privada e à honra do trabalhador, além de prejudicar a relação de trabalho; CONSIDERANDO o equívoco constante nos artigos 146 e 147 da Instrução Normativa nº 99/2003 do INSS, quando esclarece eu o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) constitui-se em documento histórico-laboral do trabalhador que reúne, entre outras informações, dados administrativos, registros ambientais e resultados de monitoração biológica, tendo por finalidade o acesso dos resultados dos exames médicos aos administradores públicos e privados;

CONSIDERANDO a obrigatoriedade da elaboração do referido PPP para a comprovação da efetiva exposição do segurado aos agentes nocivos à saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de orientar a classe médica no que tange à preservação do sigilo profissional;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar o procedimento ético a ser adotado no preenchimento do PPP;

CONSIDERANDO o estudo realizado pela Câmara Técnica sobre Medicina do Trabalho do CFM, em parceria com a Associação Nacional de Medicina do Trabalho;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária de 8 de janeiro de 2004, resolve:

Art. 1º - Os médicos do Trabalho, em relação ao PPP, devem observar as normas éticas que asseguram ao paciente o sigilo profissional, inclusive com a identificação profissional.

Art. 2º - É vedado ao médico do Trabalho, sob pena de violação do sigilo médico profissional, disponibilizar, à empresa ou ao empregador equiparado à empresa, as informações exigidas no anexo XV da seção III, "SEÇÃO DE RESULTADOS DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA", campo 17 e seguintes, do PPP, previstos na IN n.º 99/2003.

Parágrafo único - Fica o médico do Trabalho responsável pelo encaminhamento das informações supradestacadas diretamente à perícia do INSS.

Art. 3º - A declaração constante na seção IV do anexo XV do PPP supramencionado não tem o condão de proteger o sigilo médico-profissional, tendo em vista que as informações ali presentes poderão ser manuseadas por outras pessoas que não estão obrigadas ao sigilo.

Art. 4º - Ficam responsáveis pela aplicação dos dispositivos desta resolução e diretor médico do INSS e o médico responsável pelo programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) das entidades públicas e privadas sujeitas às normas do INSS.

Art. 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.718/2004

(Publicada no D.O.U. de 03.5.04 , seção 1 , p. 125)

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina têm a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre essas categorias nem sempre estão bem definidos;

CONSIDERANDO o disposto no Parecer CFM nº 44/2001 sobre as limitações concernentes ao uso e ensino de técnica de manuseio de desfibriladores automáticos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 26/2003, segundo o qual os cursos que ensinam atos médicos só podem ter como alunos médicos e/ou estudantes de Medicina;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 03/2004, segundo o qual os atos de diagnóstico e indicação terapêutica devem ser realizados exclusivamente por médicos, não podendo os demais profissionais ser treinados pelos médicos para este objetivo;

CONSIDERANDO o disposto no art. 3º da Resolução CFM nº 1.627/2001, segundo o qual o ensino dos procedimentos médicos privativos inclui-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico;
CONSIDERANDO o conteúdo do art. 30 do Código de Ética Médica, que veda ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica;
CONSIDERANDO que nos cursos de suporte avançado de vida são ensinados procedimentos invasivos, caracterizados como atos médicos;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 16 de abril de 2004, com supedâneo nos Pareceres CFM nºs. 44/2001, 26/2003 e 03/2004,

RESOLVE:

Art. 1º – É vedado ao médico, sob qualquer forma de transmissão de conhecimento, ensinar procedimentos privativos de médico a profissionais não-médicos.

Parágrafo único - São exceções os casos envolvendo o atendimento de emergência a distância, através da Telemedicina, sob orientação e supervisão médica, conforme regulamentado pela Resolução CFM nº 1.643/2002, até que sejam alcançados os recursos ideais.

Art. 2º – Os procedimentos médicos ensinados em cursos de suporte avançado de vida são atos médicos privativos, devendo ser ensinados somente a médicos e estudantes de Medicina.

Art. 3º – A capacitação em suporte básico de vida deve ser garantida a qualquer cidadão, desde que não haja o ensino de atos privativos dos médicos.

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

Art. 5º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.720/2004

(Publicada no D.O.U. 18.5.04, Seção I, pg. 80)

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina trabalhar por todos os meios ao seu alcance e zelar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;
CONSIDERANDO a necessidade da normatização dos procedimentos de debridamentos e curativos cirúrgicos em pacientes queimados;

CONSIDERANDO que os pacientes queimados necessitam de rigorosa avaliação e acompanhamento do médico assistente;

CONSIDERANDO o Parecer Consulta CFM nº 32/2001;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.342/1991;

CONSIDERANDO o artigo 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 12/05/2004.

RESOLVE:

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

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

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

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

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação sendo revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 12 de maio de 2004.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.722/2004

(Publicada do D.O.U. nº 158, de 17.08.2004, seção I, p. 76)

Veda aos médicos prestarem serviços a planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contratos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu nos Conselhos Regionais de Medicina a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares e a anotação dos profissionais legalmente habilitados;

CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde mencionados no Decreto nº 20.931/32 devem ser dirigidos por médicos designados como diretores técnicos e que devem ser os seus principais responsáveis;

CONSIDERANDO ser atribuição do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios pelo

perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente, conforme determina o artigo 2º da Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO as atribuições elencadas no artigo 5º da referida Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que determinou que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem, para obter a autorização de funcionamento expedida pelo órgão responsável, entre outros requisitos, comprovar o devido registro nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO também o disposto no inciso LXX, alínea "b", do artigo 5º da Constituição Federal, além do entendimento do Supremo Tribunal Federal no que concerne à legitimidade processual das entidades de classe para representação judicial de seus filiados, expresso no RE nº 182.543-0, publicado no DJU de 7.4.95;

CONSIDERANDO que para exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO que o médico deve ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico;

CONSIDERANDO que cabe ao médico investido em função de direção assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina;

CONSIDERANDO que o médico está obrigado a acatar e respeitar os acórdãos e resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.342/1991, que dispõe sobre as funções do diretor clínico e do diretor técnico;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.590/1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registradas junto ao Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.673/2003, que adota a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 18/6/2004,

RESOLVE:

Art. 1º - É vedado aos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina qualquer tipo de relacionamento de prestação de serviços médicos às empresas de planos de saúde, autogestão, cooperativas médicas ou seguros que comercializem planos de saúde que não tenham inscrição no cadastro de pessoas jurídicas junto ao respectivo Conselho Regional de Medicina e, conseqüentemente, diretores técnicos e/ou diretores clínicos também não relacionados no Conselho Regional de Medicina.

Art. 2º - A partir da publicação desta resolução fica obrigatória a assinatura dos diretores técnicos de planos de saúde, hospitais, clínicas ou outros estabelecimentos de saúde, nos contratos de prestação de serviços médicos, mesmo que a responsabilidade daqueles seja solidária àquela concernente à Direção Comercial na consecução dos referidos contratos.

Parágrafo único - Os médicos que prestarem seus serviços profissionais a planos de saúde e outros acima citados e que não observarem frente ao Conselho Regional de Medicina do seu estado o cumprimento do contido no *caput* deste artigo estarão sujeitos às devidas apurações éticas.

Art. 3º - Cabe aos diretores técnicos e/ou diretores clínicos das Pessoas Jurídicas inscritas no Conselho Regional de Medicina o cumprimento desta resolução.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 18 de junho de 2004.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.762/05

(Publicada no D.O.U. 26 Jan 2005 , Seção I , p. 90)

Resolve considerar o implante de anel intra-estromal na córnea usual, na prática médica-oftalmológica., para o tratamento de pacientes com ceratocone nos estágios III e IV.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO o parecer CFM Nº 02/2005, referente ao uso de anel intra-estromal na córnea para tratamento de pacientes com ceratocone;

CONSIDERANDO que segundo a comunidade científica as evidências comprovam os benefícios do tratamento com implante intra estromal da córnea em portadores de CERATOCONE nos estágios III e IV

CONSIDERANDO que existe um expressivo número de pacientes que poderão se beneficiar com este tratamento;

CONSIDERANDO, finalmente o decidido na Sessão Plenária de 14/01/05.

RESOLVE:

Art. 1º - Considerar como procedimento terapêutico usual na prática médico-oftalmológica, a utilização de anel intra-estromal na córnea para o tratamento de pacientes com CERATOCONE nos estágio III e IV, ressalvadas as contra-indicações contidas no parecer CFM Nº 02/2005, de 14 de janeiro de 2005, relacionadas abaixo:

1. Ceratocone avançado com ceratometria mais que 75,0 dioptrias;
2. Ceratocone com opacidade severa da córnea;
3. Hidropsia da córnea;
4. Associação com processo infeccioso local ou sistêmico;
5. Síndrome de erosão recorrente da córnea.

Art. 2º - Revogar o contido no inciso II do Art.2º da Resolução 1622/2001 do Conselho Federal de Medicina .
Art 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.763/05

(Publicada no D.O.U., de 09 Mar 2005, Seção I , p. 189-192)

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.666/2003, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão de registros de títulos de especialista;

CONSIDERANDO o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº 1.634/02, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

CONSIDERANDO a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialistas e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 1.666/03;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 16/2/2005,

RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.666/03, publicada no Diário Oficial da União no dia 25 de junho de 2003, seção I, página 97.

Art. 2º - Criar o Anexo III, que dispõe sobre o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades.

Art. 3º - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 4º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM – Vide Resolução CFM 1.785 – Anexo II

ANEXO III

Do funcionamento da Comissão Mista de Especialidades:

- 1) A Comissão Mista só analisará proposta de criação de especialidades e áreas de atuação mediante solicitação da Sociedade de Especialidade, via AMB.
- 2) As solicitações para criação de área de atuação deverão ser obrigatoriamente acompanhadas dos pré-requisitos necessários.
- 3) Não será analisada pela Comissão Mista de Especialidades pedido de criação de área de atuação com programa inferior a um ano, e carga horária inferior a 2.880 horas.
- 4) As propostas recusadas pela Comissão Mista de Especialidades só poderão ser reapresentadas para nova avaliação após cinco anos.
- 5) Só constarão do relatório anual da Comissão Mista de Especialidades as propostas que derem entrada até o último dia útil do mês de abril de cada ano.
- 6) A Comissão Mista de Especialidades emitirá, anualmente, um relatório aos convenientes, cujo prazo limite é o último dia útil do mês de setembro.

A Comissão Mista de Especialidades poderá, a seu critério, emitir recomendações e normativas sobre suas atividades

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.766/05

(Publicada no D.O.U., 11 jul 2005, Seção I, p. 114)

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268/57, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045 de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (Art.2º do CEM);

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente (Art.5º do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida (Art. 46 do CEM);

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina é órgão supervisor da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu

alcançe pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerça legalmente (Art.2º da Lei nº3.268/57);

CONSIDERANDO a necessidade de normatização do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

CONSIDERANDO o parecer aprovado na sessão plenária de 13/05/05,

RESOLVE:

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

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

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

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

ANEXO

1- INDICAÇÕES GERAIS:

Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m².

Pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.

Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado.

Obesidade estável há pelo menos cinco anos.

Pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz.

Ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo.

Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

Compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente.

2 - RISCO CIRÚRGICO: deve ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto e ausência de doenças endócrinas de tratamento clínico.

3 - EQUIPE: precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e trans-operatório, e fazer o seguimento do mesmo.

COMPOSIÇÃO: cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anesthesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes.

4 - HOSPITAL: precisa apresentar condições adequadas para atender obesos mórbidos, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.

5 - PROCEDIMENTOS ACEITOS:

A) RESTRITIVOS:

1- BALÃO INTRAGÁSTRICO: colocação de um balão intragástrico com cerca de 500 ml de líquido, com 10% de Azul de Metileno, objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos. Método provisório: o balão deve ser retirado no prazo máximo de seis meses.

INDICAÇÃO: adjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50kg/m²), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida.

CONTRA-INDICAÇÕES: esofagite de refluxo; hérnia hiatal; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas como varizes e ângiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção; doença inflamatória Intestinal; uso de antiinflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas e transtornos psíquicos.

COMPLICAÇÕES: aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis; úlceras e erosões gástricas; esvaziamento espontâneo do balão; obstrução intestinal por migração do balão; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do Balão.

VIA DE ACESSO: endoscópica.

2- GASTROPLASTIA VERTICAL BANDADA OU CIRURGIA DE MASON: Nestes procedimentos é criado um pequeno reservatório gástrico na região da cárdia, com capacidade em torno de 20 ml, regulando-se a saída por um anel de polipropileno. Estas cirurgias provocam cerca de 20% de perda de peso.

INDICAÇÕES: pacientes não compulsivos, que não tenham o hábito de ingestão de doces em abundância e não se desviem da orientação nutricional, ingerindo líquidos ricos em calorias; caso contrário, os resultados são desanimadores. **VANTAGENS:** causa mínimas alterações metabólicas, com baixa morbi-mortalidade e baixo custo. Procedimento reversível, preserva a absorção e a digestão. O estômago e o duodeno permanecem acessíveis à investigação endoscópica e radiológica.

DESVANTAGENS: perda de peso insatisfatória (menos de 50% do excesso de peso) por fístula gastrogástrica ou por intolerância progressiva maior à ingestão de líquidos ou pastosos hipercalóricos; maior ocorrência de vômitos; possibilidade de deiscência das linhas grampeadas, seguida de complicações intra-abdominais; procedimento inadequado tanto para pacientes que ingerem muito doce como para portadores de esofagite de refluxo.

VIAS DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

3- BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL: é uma prótese de silicone que, colocada em torno do estômago proximal, faz com que este passe a ter a forma de uma ampulheta ou uma câmara acima da banda. O diâmetro interno da banda pode ser regulado no pós-operatório por injeção de líquido no reservatório situado no subcutâneo, de fácil acesso.

VANTAGENS: método reversível, pouco agressivo, permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Com sua retirada é possível realizar de outros procedimentos bariátricos, mínimas repercussões nutricionais. Não há secção e sutura do estômago. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais.

DESVANTAGENS: custo elevado; perda de peso frequentemente insuficiente a longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; inadequada para pacientes que ingerem muito doce e/ou apresentam esofagite de refluxo e hérnia hiatal; possibilidade de ocorrência de complicações a longo prazo, como migração intragástrica da banda, deslizamento da banda e complicações com o reservatório.

VIA DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

B) CIRURGIAS DISABSORTIVAS:

Essas cirurgias (PAYNE OU BYPASS JEJUNO-JEJUNAL) estão proscritas em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo. O princípio fundamental das mesmas é a perda, pelas fezes, das calorias ingeridas. As complicações ocorrem pela grande quantidade de intestino desfuncionalizado, que leva a um supercrescimento bacteriano no extenso segmento intestinal excluído, provocando alta incidência de complicações digestivas, tais como diarreia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites. Pelo exposto, não mais devem ser realizadas.

C) CIRURGIAS MISTAS:

As cirurgias mistas para tratamento de obesidade mórbida associam restrição e disabsorção em maior ou menor grau do intestino, dependendo da técnica empregada e da extensão do intestino delgado excluído do trânsito alimentar.

1 - CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE RESTRITIVO: esse grupo de cirurgias compreende as diversas modalidades de bypass gástrico com reconstrução do trânsito intestinal em "Y de Roux".

CIRURGIAS MAIS EMPREGADAS:

CIRURGIA DE FOBI, CIRURGIA DE CAPELLA E CIRURGIA DE WITTGROVE E CLARK. Estas cirurgias, além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica de 30 a 50 ml, restringem a alimentação por meio de um mecanismo funcional do tipo Dumping (mal-estar provocado pela ingestão de alimentos líquidos ou pastosos hipercalóricos) e, ainda, pela exclusão da maior parte do estômago do trânsito alimentar. Com isso, o hormônio ghrelina, que aumenta o apetite e é produzido no estômago sob estímulo da chegada do alimento, tem sua produção minimizada. Pode-se acrescentar um anel estreitando a passagem pelo reservatório antes da saída da bolsa para a alça jejunal – o que retarda o esvaziamento para sólidos, aumentando, ainda mais, a eficácia dos procedimentos.

VANTAGENS: perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Tratam a doença do refluxo. São eficientes em comedores de doces e têm baixo índice de complicações a longo prazo. Fácil controle metabólico e nutricional do paciente. São reversíveis, embora com dificuldade técnica. Apresentam ótimos resultados em termos de melhora da qualidade de vida e das doenças associadas. São as mais usadas no Brasil e nos Estados Unidos, com maior tempo de acompanhamento.

DESVANTAGENS: tecnicamente mais complexas; acesso limitado ao estômago e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passíveis de complicações como deiscência de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

VIA DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou videocirurgia.

2- CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE DISABSORTIVO: São procedimentos que envolvem menor restrição da capacidade gástrica, o que permite maior ingestão alimentar, com predomínio do componente disabsortivo.

CIRURGIAS MAIS USADAS:

§ CIRURGIA DE SCOPINARO (derivação bílio-pancreática com gastrectomia distal).

§ CIRURGIA DE DUODENAL-SWITCH (derivação bílio-pancreática com gastrectomia vertical da grande curvatura e preservação do piloro). Nestas cirurgias o intestino delgado é seccionado a cerca de 250 cm da válvula íleo-cecal. O segmento distal é anastomosado ao estômago. O

§ segmento proximal é anastomosado ao íleo a 50, 100 ou 150 cm da válvula íleo-cecal, dependendo da técnica escolhida.

VANTAGENS: não há restrição de alimentos ingeridos; muito eficazes em relação à perda de peso e manutenção a longo prazo; reservatório gástrico completamente acessível aos métodos de investigação radiológica e endoscópicos.

DESVANTAGENS: mais sujeitos a complicações nutricionais e metabólicas de difícil controle; maior chance de haver deficiência de vitamina B12, cálcio, e ferro; maior chance de haver desmineralização óssea; alta incidência de úlcera de boca anastomótica; aumento do número de evacuações diárias, com fezes e flatos muito fétidos.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.770/2005

(Publicada no D.O.U., de 15.08.2005, Seção I, p.76)

Dispõe sobre a normatização e unificação dos procedimentos de inscrição provisória ou reintegração de inscrição nos quadros dos Conselhos Regionais de Medicina por decisão judicial.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterada pela Lei nº 11.000/2004, e CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e fiscalização do exercício da medicina; CONSIDERANDO que para o exercício da medicina há a previsão legal da inscrição do profissional médico no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde pretende exercer sua atividade; CONSIDERANDO que é dever do médico manter seu cadastro devidamente atualizado, em especial quando seu registro for de caráter temporário e provisório, por ordem judicial; CONSIDERANDO que a Resolução nº 1/2002, do Conselho Nacional de Educação - Câmara de Ensino Superior, estabelece um rigoroso processo com vistas a evitar que profissionais não capacitados passem a atuar no mercado de trabalho; CONSIDERANDO o crescente número de diplomas estrangeiros carecedores de revalidação pelas universidades brasileiras; CONSIDERANDO algumas reintegrações de registro profissional por ordem judicial; CONSIDERANDO a necessidade de normatização e unificação dos procedimentos das inscrições provisórias e as reintegrações nos Conselhos Regionais de Medicina; CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 6 de julho de 2005;

RESOLVE:

Art. 1º - A inscrição será concedida provisoriamente quando medida liminar judicial determinar a revalidação do diploma, o registro ou a reintegração de registro nos quadros dos Conselhos Regionais de Medicina e deverá ser revalidada a cada 120 (cento e vinte) dias.

Parágrafo único – Será grafada na carteira profissional do médico a seguinte expressão: “Inscrição provisória efetivada por medida liminar judicial, cuja validade de permanência depende da citada decisão e de apresentação quadrimestral de certidão judicial de manutenção da liminar”.

Art 2º - Para a inscrição provisória o médico deverá apresentar, juntamente com os demais documentos exigidos para sua inscrição, cópia autenticada da liminar concedida.

Art 3º - A inscrição de reintegração tomará o mesmo número do registro anterior ao cancelamento e a do número seqüencial com a letra P (provisório) ao final (Ex: CRMDF 00.000-P).

Art. 4º - Se não houver qualquer empecilho legal será permitida a transferência para outra jurisdição, devendo o registro ser revalidado nos termos do art. 1º desta resolução.

Parágrafo único – Em cada transferência haverá documento específico do CRM de origem indicando dados referentes à liminar, tais como local de concessão, medidas legais já adotadas e andamento atual do processo judicial.

Art. 5º - É obrigação do Conselho Regional de Medicina acompanhar o processo judicial, mantendo seu cadastro atualizado com todos os andamentos processuais, recursos e decisões proferidas, informando o Setor de Registro ou, se for o caso, também o seu Setor de Processos.

Art. 6º - O médico que tiver a liminar suspensa ou resultado definitivo desfavorável no processo terá seu registro automaticamente nulo e deverá devolver a carteira no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de ser denunciado por exercício irregular ou ilegal da medicina, conforme o caso.

Art. 7º - O Conselho Regional de Medicina informará ao Conselho Federal de Medicina a inscrição ou reinscrição efetivada por ordem judicial e o seu cancelamento.

Parágrafo único – O CFM criará, no Sistema Integrado de Entidades Médicas – SIEM, o Cadastro Nacional de Inscrição Provisória, repassando essas informações aos Conselhos Regionais de Medicina para atualização e controle.

Art. 8º - Os casos omissos deverão ser instruídos nos Conselhos Regionais de Medicina e encaminhados para apreciação do CFM.

Art. 9º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CFM nº 685/75 e demais disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.772/2005

(Publicada no D.O.U. de 12.08.2005, Seção I , p. 141-142)

Institui o Certificado de Atualização Profissional para os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação e cria a Comissão Nacional de Acreditação para elaborar normas e regulamentos para este fim, além de coordenar a emissão desses certificados.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e fiscalização do exercício da Medicina; CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que é dever do médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que a aquisição de conhecimentos científicos atualizados é indispensável para o adequado exercício da Medicina;

CONSIDERANDO que o contínuo desenvolvimento profissional do médico faz-se necessário em função do rápido aporte e incorporação de novos conhecimentos na prática médica;

CONSIDERANDO que os Programas de Educação Médica Continuada são, mundialmente, práticas obrigatórias para a atualização do profissional em busca da manutenção de suas competências científicas, com vistas ao melhor exercício da Medicina em suas especialidades e áreas de atuação;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.634/02, que aprova o convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, com vistas a disciplinar a questão referente às especialidades médicas;

CONSIDERANDO a consulta pública realizada no período de 4 de abril de 2005 a 4 de maio de 2005;

CONSIDERANDO a oitiva dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.763/05, em vista do reconhecimento, para fins de registro, nos Conselhos Regionais de Medicina dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela Comissão Mista de Especialidades;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.701/03, que estabelece critérios para a publicidade médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 12 de agosto de 2005;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir os Certificados de Atualização Profissional para portadores de títulos de especialista e certificados de áreas de atuação, concedidos no país de acordo com a legislação pertinente.

§ 1º - O processo de certificação de atualização profissional passará a vigorar a partir de 1º/1/2006.

§ 2º - Os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação emitidos a partir de 1º/1/2006 terão o prazo de até 5 (cinco) anos para se submeterem obrigatoriamente ao processo de certificação de atualização profissional, sob pena de perda do registro desses títulos e/ou certificados.

§ 3º - Os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação emitidos até 31/12/2005 poderão aderir a este processo de certificação de atualização profissional, ficando sob a égide das normas e regulamentos estabelecidos nesta resolução.

I-Os médicos que aderirem ao programa e preencherem os requisitos necessários receberão um Certificado de Atualização Profissional em sua especialidade e/ou área de atuação, com validade de 5 (cinco) anos;

II-Os médicos incluídos no caput do parágrafo 3º e que não aderirem ao programa de certificação de atualização profissional continuarão com o(s) seu(s) registro(s) de especialização e/ou área(s) de atuação inalterado(s) nos Conselhos Regionais de Medicina.

§ 4º - Os Certificados de Atualização Profissional devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina darão direito a seu uso para divulgação e publicidade.

§ 5º - A divulgação da referida certificação não comprovada constitui falta ética grave.

Art. 2º Cria-se o Cadastro Nacional de Atualização Médica nos Conselhos Regionais de Medicina onde se farão os registros dos Certificados de Atualização Profissional previstos nesta resolução.

Art. 3º Cria-se a Comissão Nacional de Acreditação (CNA), composta por um membro da diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM), um membro da diretoria da Associação Médica Brasileira (AMB) e dois delegados de cada um destes órgãos, a serem indicados pelas respectivas diretorias, com a competência de:

I – Elaborar as normas e regulamentos para a certificação de atualização profissional dos títulos e outras questões referentes ao tema;

II – Estabelecer o cronograma do processo de certificação de atualização profissional;

III – Emitir a certificação de atualização profissional de acordo com suas normas e regulamentos.

Art. 4º - As normas e regulamentos elaborados pela Comissão Nacional de Acreditação somente entrarão em vigor após serem homologadas pelo CFM.

Art. 5º - Revoga-se a Resolução CFM nº 1.755/04.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 12 de agosto de 2005

RESOLUÇÃO CFM nº 1.774/2005

(Publicada no D.O.U., de 04 out 2005, Seção I, p.95)

Define a figura do delegado regional e regulamenta o exercício de suas atividades.

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 possibilidade de normatização do auxílio de representação disposto no § 3º do artigo 2º da Lei nº 11.000/04;

CONSIDERANDO que o auxílio-representação é a indenização devida ao cidadão que esteja representando os Conselhos Regionais de Medicina de forma oficial;

CONSIDERANDO a impossibilidade numérica de os conselheiros regionais atenderem todas as localidades da Unidade Federada que representam;

CONSIDERANDO o Princípio Constitucional da Eficiência que induz o administrador, na sua ação, a obter o máximo de realização produtiva e proveito do seu ato para a coletividade;

CONSIDERANDO o estabelecido na Resolução CFM nº 1.367/93;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 14/9/2005,

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer critérios para pagamento de diárias e representação aos delegados ou representantes dos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 2º Os delegados ou representantes deverão apresentar relatório mensal sobre suas atividades.

Art. 3º O valor do auxílio de representação e/ou diárias será fixado e regulamentado em resolução própria do Conselho Regional de Medicina, respeitando os limites estabelecidos nas resoluções editadas pelo Conselho Federal de Medicina que tratam da matéria.

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

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005

(Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121)

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000.

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

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

“Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

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

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

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

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

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

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

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não-natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

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

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

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

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

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

b) Nas localidades sem SVO :

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

II. Morte com assistência médica:

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

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

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

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

2) Morte fetal:

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

3) Mortes violentas ou não naturais:

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

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

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

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.780/05

(Publicada no D.O.U. de 13 DEZ 2005, Seção I, p. 100)

Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores de hanseníase.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que determina o artigo 5º da Constituição Federal no que tange aos direitos e garantias do cidadão; CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios aos seus alcances, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o artigo 1º do Código de Ética Médica determina que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

CONSIDERANDO que o artigo 14º do Código de Ética Médica explicita que: “O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde”;

CONSIDERANDO as normas emanadas pelo Ministério da Saúde sobre o atendimento e tratamento dos pacientes portadores de hanseníase na rede de atenção básica à saúde, para que seja realizado o mais próximo possível às suas respectivas residências e, ainda, com garantia de atendimento na média e alta complexidade;

CONSIDERANDO que o Brasil é o responsável pela maior taxa de detecção de casos novos de hanseníase no continente americano e que ainda apresenta áreas geográficas hiperendêmicas, atingindo grupos populacionais jovens, a despeito das medidas de controle até aqui desencadeadas;

CONSIDERANDO o profundo impacto que a doença provoca no paciente e familiares quando não diagnosticada precocemente e não tratada de forma adequada, limitando sua atividade física e tornando-o vulnerável física, moral, social e psicologicamente;

CONSIDERANDO a freqüente violação dos direitos e da dignidade humana destas pessoas, expressa por recusas de atendimento e internações e a delegação indevida, a profissionais não-médicos, de procedimentos relacionados ao diagnóstico e prescrição terapêutica, inclusive de corticosteróides e talidomida;

CONSIDERANDO as altas taxas de transmissão em menores de 15 anos e o significativo número de casos novos apresentando deformidades físicas já no momento do diagnóstico;

CONSIDERANDO a comprovada eficácia dos esquemas de tratamento poliquimioterápico (PQT/OMS) que possibilita a interrupção da cadeia de transmissão e a cura da doença;

CONSIDERANDO que o médico é obrigado a notificar aos serviços de saúde os casos de hanseníase diagnosticados, de acordo com as normas expedidas pelo Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que no contexto da atenção integral e integrada à saúde a assistência deve ser organizada para atender às reais necessidades da população, de acordo com as normas expedidas pelo Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o constante no artigo 44 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente";

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

Parágrafo único. O diagnóstico de hanseníase não justifica o isolamento do paciente.

Art. 3º As instituições, públicas ou privadas, deverão responsabilizar-se pela confecção de material de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para difundir os sinais e sintomas iniciais da doença, propiciando o diagnóstico precoce e a redução do estigma relacionado à mesma.

Parágrafo único. É proibida a utilização dos adjetivos relacionados à lepra, a não ser em referências informativas relacionadas à história, de acordo com a Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995.

Art. 4º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 5º Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1785/2006*

(Publicada no D.O.U. 26 maio 2006, Seção I, pg. 135ss)

(Retificação publicada no D.O.U. de 22 jun 2006, Seção I, pg. 127)

Alterado Anexo II pela Resolução 1845/08

ANEXO III

Do funcionamento da Comissão Mista de Especialidades:

- 1) A Comissão Mista de Especialidades só analisará propostas de criação de especialidades e áreas de atuação mediante solicitação da Sociedade de Especialidade, via AMB.
- 2) As solicitações para a criação de área de atuação deverão ser obrigatoriamente acompanhadas dos pré-requisitos necessários.
- 3) A Comissão Mista de Especialidades não analisará pedido de criação de área de atuação com programa inferior a um ano e carga horária inferior a 2.880 horas.
- 4) As propostas recusadas pela Comissão Mista de Especialidades só poderão ser reapresentadas para nova avaliação após cinco anos.
- 5) Só constarão do relatório anual da Comissão Mista de Especialidades as propostas que derem entrada até o último dia útil do mês de abril de cada ano.
- 6) A Comissão Mista de Especialidades emitirá, anualmente, um relatório aos convenientes, cujo prazo limite é o último dia útil do mês de setembro.
- 7) A Comissão Mista de Especialidades poderá, a seu critério, emitir recomendações e normativas sobre suas atividades.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.789, DE 7 DE ABRIL DE 2006

(Publicada no D.O.U., de 16 maio 2006, Seção I, pg. 77)

Os Conselhos de Medicina poderão interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes de sua profissão, esteja prejudicando gravemente a população, ou na iminência de fazê-lo.

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

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina têm como um de seus objetivos primordiais a proteção à sociedade, evitando que o diploma de médico sirva de instrumento para que profissionais dele se sirvam para enganar, prejudicar ou causar danos ao ser humano;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais têm autoridade para disciplinar a ética e o perfeito desempenho da Medicina, usando para tanto o poder de polícia que lhe confere a lei;

CONSIDERANDO que a Medicina é uma profissão a serviço do ser humano e a sua saúde é o alvo de toda a atenção do médico;

CONSIDERANDO que o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais utilizando seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade,

Resolve:

Art. 1º Os Conselhos de Medicina poderão, por decisão mínima de 11 (onze) votos favoráveis nos Conselhos Regionais, de 15 (quinze) no Conselho Federal e com parecer fundamentado do conselheiro sindicante, interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes de sua profissão, esteja notoriamente prejudicando gravemente a população, ou na iminência de fazê-lo.

Art. 2º A interdição cautelar ocorrerá desde que exista prova inequívoca do procedimento danoso do médico e verossimilhança da acusação com os fatos constatados, ou haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, caso o profissional continue a exercer a Medicina.

Art. 3º Na decisão que determinar o impedimento, o Conselho Regional indicará, de modo claro e preciso, as razões do seu convencimento.

Art. 4º O interditado ficará impedido de exercer as atividades de médico até a conclusão final do processo ético, obrigatoriamente instaurado quando da ordem de interdição, sendo-lhe retida a carteira de registro profissional junto ao Conselho Regional.

Art. 5º O processo ético instaurado deverá ser julgado no prazo de 6 (seis) meses, desde que o interditado não dê causa a atraso processual, de caráter protelatório.

Art. 6º A interdição cautelar poderá ser revogada ou modificada a qualquer tempo, pela plenária, em decisão fundamentada.

Art. 7º A interdição cautelar poderá ser aplicada em qualquer fase do processo ético-profissional, atendidos os requisitos previstos nesta resolução, inclusive no que se refere aos recursos e prazos.

Art. 8º A interdição cautelar terá eficácia quando da intimação pessoal do interditado, cabendo recurso ao Pleno do Conselho Federal de Medicina, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento da ordem de interdição, sem efeito suspensivo, devendo ser julgado na reunião plenária subsequente ao recebimento do pedido do recurso.

Art. 9º Os casos de interdição cautelar ocorridos nos Conselhos Regionais de Medicina serão imediatamente informados ao Conselho Federal de Medicina.

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

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.792/2006

(Publicada no D.O.U., 16 de junho de 2006, seção I, pg. 54)

Altera a Resolução CFM nº [1.712/03](#), que dispensa a proficiência em língua portuguesa de médicos oriundos de Países de expressão Portuguesa e estrangeiros graduados em medicina no Brasil.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000/04, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo 3º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268, de 30.9.57;

CONSIDERANDO que a relação médico-paciente deve ser cultivada de forma ampla, tendo o paciente o pleno direito de receber todos os esclarecimentos a respeito de seu diagnóstico, da maneira mais pormenorizada possível;

CONSIDERANDO que a melhor prática do serviço médico é posta em risco caso não ocorra uma comunicação clara e precisa;

CONSIDERANDO a normatização, efetuada pelo Ministério da Educação, no tocante à obtenção do Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPE-BRAS), de acordo com as Portarias números 1.787, de 26.12.94; 643, de 1.7.98; e 693, de 9.7.98;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 12 de maio de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º - Acrescer ao artigo 1º da Resolução CFM nº [1.712/03](#) o seguinte parágrafo: Parágrafo único – Os médicos de nacionalidade estrangeira oriundos de países cuja língua pátria seja o português (Angola, Cabo Verde, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Portugal e Timor Leste) e aqueles cuja graduação em Medicina tenha ocorrido no Brasil ficam dispensados da apresentação do CELPE-BRAS quando de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.793/2006

(Publicado no D.O.U. de 16 de junho de 2006, Seção I, pg.54)

Altera o artigo 7º da Resolução CFM nº 1.669/03, que dispõe sobre o exercício profissional para os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000/04, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 806, de 29 de julho de 1977;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, regulamentado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige prova de revalidação do diploma para os médicos formados por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16 - AJ, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa, à luz da legislação brasileira vigente, a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior;

CONSIDERANDO a definição legal da Residência em Medicina como modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme determina o artigo 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 26, aprovado na sessão plenária de 3 de outubro de 2000, que analisa as condições necessárias para o exercício profissional do médico estrangeiro com visto temporário no Brasil, bem como a impossibilidade de o mesmo cursar a Residência Médica em instituições nacionais;

CONSIDERANDO o teor do documento intitulado "Programa de Capacitação Profissional para Médicos Estrangeiros", resultante da reunião entre o Conselho Federal de Medicina e a Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, datado de 6 de maio de 2003;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 12 de maio de 2006,

RESOLVE:

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

Art. 2º - Acrescer o parágrafo 4º ao artigo 7º da Resolução nº 1.669, de 13 de junho de 2003, com a seguinte redação: "§ 4º. Os Conselhos Regionais de Medicina devem comunicar ao Conselho Federal de Medicina a presença de médico estrangeiro e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação."

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

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

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.802/2006

(Publicado no D.O.U. de 01 novembro 2006, Seção I, pg. 102)

(Retificação publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2006, Seção I, pg. 160)

Dispõe sobre a prática do ato anestésico.
Revoga a Resolução CFM n. 1363/1993.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em especial, salas de indução e recuperação pós-anestésica;

CONSIDERANDO o proposto pela Câmara Técnica Conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Anestesiologia, nomeada pela Portaria CFM nº 62/05;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 04 de outubro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Determinar aos médicos anestesiológicos que:

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

- a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;
- b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anesthesiologista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;
- c) o médico anesthesiologista que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

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

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

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

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

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

Art. 3º Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

I – Monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo cardioscopia;

II - Monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo a oximetria de pulso;

III - Monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna.

IV – Equipamentos (ANEXO II), instrumental e materiais (ANEXO III) e fármacos (ANEXO IV) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, bem como a realização de procedimentos de recuperação cardiorrespiratória.

Art. 4º Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso.

§ 1º Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anesthesiologista;

§ 2º O médico anesthesiologista que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA e/ou CTI;

§ 3º A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anesthesiologista;

§ 4º Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto:

- a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia;
- b) à respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso;
- c) ao estado de consciência;
- d) à intensidade da dor.

Art. 5º Os anexos e as listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia, e que integram esta resolução, serão periodicamente revisados.

Parágrafo único - Itens adicionais estão indicados em situações específicas.

Art. 6º Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.363 publicada em 22 de março de 1993.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXOS

ANEXO I

As seguintes fichas fazem parte obrigatória da documentação da anestesia:

1. Ficha de avaliação pré-anestésica, incluindo:

- a. Identificação do anesthesiologista
- b. Identificação do paciente
- c. Dados antropométricos
- d. Antecedentes pessoais e familiares
- e. Exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas
- f. Diagnóstico cirúrgico e doenças associadas
- g. Tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente)
- h. Jejum pré-operatório
- i. Resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso
- j. Estado físico
- k. Prescrição pré-anestésica

l. Consentimento informado específico para a anestesia

2. Ficha de anestesia, incluindo:

- a. Identificação do(s) anesthesiologista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento
- b. Identificação do paciente
- c. Início e término do procedimento
- d. Técnica de anestesia empregada
- e. Recursos de monitoração adotados
- f. Registro da oxigenação, gás carbônico expirado final (nas situações onde foi utilizado), pressão arterial e frequência cardíaca a intervalos não superiores a dez minutos

- g. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
 - h. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia
3. Ficha de recuperação pós-anestésica, incluindo:
- a. Identificação do(s) anesthesiologista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o internamento na sala de recuperação pós-anestésica
 - b. Identificação do paciente
 - c. Momentos da admissão e da alta
 - d. Recursos de monitoração adotados
 - e. Registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, oxigenação, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a quinze minutos.
 - f. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
 - g. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia

ANEXO II

Equipamentos básicos para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório:

1. Em cada sala onde se administra anestesia: secção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo e sistema de aspiração.
2. Na unidade onde se administra anestesia: desfibrilador, marca-passo transcutâneo (incluindo gerador e cabo).
3. Recomenda-se a monitoração da temperatura e sistemas para aquecimento de pacientes em anestesia pediátrica e geriátrica, bem como em procedimentos com duração superior a duas horas, nas demais situações.
4. Recomenda-se a adoção de sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua.

ANEXO III

Instrumental e materiais:

1. Máscaras faciais
2. Cânulas oronasofaríngeas
3. Máscaras laríngeas
4. Tubos traqueais e conectores
5. Seringas, agulhas e cateteres venosos descartáveis
6. Laringoscópio (cabos e lâminas)
7. Guia para tubo traqueal e pinça condutora
8. Dispositivo para cricotireostomia
9. Seringas, agulhas e cateteres descartáveis específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos

ANEXO IV

Fármacos:

1. Agentes usados em anestesia, incluindo anestésicos locais, hipnoindutores, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas, anestésicos inalatórios e dantroleno sódico, opióides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não-opióides, corticosteróides, inibidores H₂, efedrina/etil-efrina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio.
2. Agentes destinados à ressuscitação cardiopulmonar, incluindo adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006

(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

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

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

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 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 exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

RESOLVE:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO Presidente Secretária-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-enfermo. A ética médica tradicional, concebida no modelo hipocrático, tem forte acento paternalista. Ao enfermo cabe, simplesmente, obediência às decisões médicas, tal qual uma criança deve cumprir sem questionar as ordens paternas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado levando-se em conta apenas a moralidade do agente, desconsiderando-se os valores e crenças dos enfermos. Somente a partir da década de 60 os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o doente como agente autônomo.

À mesma época, a medicina passou a incorporar, com muita rapidez, um impressionante avanço tecnológico. Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e novas metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais ofereceram aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao seu final era dez vezes maior. Tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível que não é descabido dizer que se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico.

Bernard Lown, em seu livro *A arte perdida de curar*, afirma: “As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer.”

O poder de intervenção do médico cresceu enormemente, sem que, simultaneamente, ocorresse uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios auferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas, como, por exemplo, os enfermos recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que foram resgatados plenamente saudáveis por meio de engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, enfermos portadores de doenças crônico-degenerativas incuráveis, com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, pode-se alcançar plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo. É importante ressaltar que muitos enfermos, vítimas de doenças agudas, podem evoluir com irreversibilidade do quadro. Somos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade?

Aprendemos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado ético da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995, no *Archives of Internal Medicine*, mostrou que apenas cinco de cento e vinte e seis escolas de medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Apenas vinte e seis dos sete mil e quarenta e oito programas de residência médica tratavam do tema em reuniões científicas.

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o conforto do enfermo com doença incurável em fase terminal, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o doente e sua família. A terminalidade da vida é uma condição diagnosticada pelo médico diante de um enfermo com doença grave e incurável; portanto, entende-se que existe uma doença em fase terminal, e não um doente terminal. Nesse caso, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito freqüentemente e confortar sempre”. Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos empenhamos em tratar a doença da pessoa, desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à obstinação diagnóstica e terapêutica. Alguns, alegando ser a vida um bem sagrado, por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil “sopro de vida”. Um documento da Igreja Católica, datado de maio de 1995, assim considera a questão: “Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida”.

Inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que essa passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível, é missão daqueles que assistem aos enfermos portadores de doenças em fase terminal. Um grave dilema ético hoje apresentado aos profissionais de saúde se refere a quando não utilizar toda a tecnologia disponível. Jean Robert Debray, em seu livro *L'acharnement thérapeutique*, assim conceitua a obstinação terapêutica: “Comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores que os inconvenientes provocados”. Essa batalha fútil, travada em nome do caráter sagrado da vida, parece negar a própria vida humana naquilo que ela tem de mais essencial: a dignidade.

No Brasil, há muito o que fazer com relação à terminalidade da vida. Devem ser incentivados debates, com a sociedade e com os profissionais da área da saúde, sobre a finitude do ser humano. É importante que se ensine aos estudantes e aos médicos, tanto na graduação quanto na pós-graduação e nos cursos de aperfeiçoamento e de atualização, as

limitações dos sistemas prognósticos; como utilizá-los; como encaminhar as decisões sobre a mudança da modalidade de tratamento curativo para a de cuidados paliativos; como reconhecer e tratar a dor; como reconhecer e tratar os outros sintomas que causam desconforto e sofrimento aos enfermos; o respeito às preferências individuais e às diferenças culturais e religiosas dos enfermos e seus familiares e o estímulo à participação dos familiares nas decisões sobre a terminalidade da vida. Ressalte-se que as escolas médicas moldam profissionais com esmerada preparação técnica e nenhuma ênfase humanística.

O médico é aquele que detém a maior responsabilidade da “cura” e, portanto, o que tem o maior sentimento de fracasso perante a morte do enfermo sob os seus cuidados. Contudo, nós, médicos, devemos ter em mente que o entusiasmo por uma possibilidade técnica não nos pode impedir de aceitar a morte de um doente. E devemos ter maturidade suficiente para pesar qual modalidade de tratamento será a mais adequada. Deveremos, ainda, considerar a eficácia do tratamento pretendido, seus riscos em potencial e as preferências do enfermo e/ou de seu representante legal.

Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento de que certas decisões terapêuticas poderão apenas prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer.

Torna-se vital que o médico reconheça a importância da necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase terminal, para o qual a Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam adotados os cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.808/2006

(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

Dispõe sobre a ilegalidade de registro de diplomas de formatura, emitidos por instituições de ensino superior brasileiras que não sejam reconhecidas pelo Ministério da Educação.

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 o disposto na alínea “a” do §1º do artigo 2º do Decreto 44.045/58, que dita que o pedido de inscrição junto ao Conselho Regional de Medicina deve ser instruído com o original ou fotocópia autenticada do diploma de formatura devidamente registrado no Ministério da Educação;

CONSIDERANDO o princípio da legalidade objetiva, que autoriza a administração pública apenas a realizar ato expressamente previsto em lei;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária, realizada em 10 de novembro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Os Conselhos Regionais de Medicina somente poderão proceder ao registro de diplomas de formatura expedidos por instituições de ensino superior brasileiras que possuam reconhecimento do curso de medicina pelo Ministério da Educação.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação;

Art. 3º Revogam-se as demais disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.810/2006

(Publicada no D.O.U., 09 de maio de 2007, Seção I, pg. 73)

Altera o art. 12 da Resolução CFM nº 1.488, de 11 de fevereiro de 1998, publicada em 6 de março de 1998, que normatiza a perícia médica e a atuação do perito e do assistente técnico.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de junho de 1958 e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO os questionamentos sobre a necessidade de o médico do Trabalho poder ou não ser assistente técnico da empresa em que presta serviço, bem como as interpelações que chegam ao CFM e aos Conselhos Regionais acerca da contradição entre os termos das Resoluções CFM nº 1.488/98 (art. 12) e Cremesp nº 126/05 (art. 8º);

CONSIDERANDO as disposições contidas nos artigos 1º, 2º, 6º ao 12 e 118 a 121 do Código de Ética Médica,

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 12 da Resolução CFM nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. O médico de empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do serviço especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem atuar como peritos judiciais, securitários, previdenciários ou assistentes técnicos, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados)”.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revoga-se o artigo 12 da Resolução nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.811/2006

(Publicada no D.O.U. de 17 jan. 2007, Seção I, p. 72)

Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país.

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 que o direito reprodutivo funda-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e propicia o exercício da paternidade responsável;

Considerando que compete ao Estado propiciar recursos educacionais, científicos e materiais para o exercício desse direito, sendo vedada qualquer ação coercitiva por parte de entidades públicas ou privadas;

Considerando que no Brasil há um número significativo de mulheres expostas à gravidez indesejada, seja pelo não uso ou uso inadequado de métodos anticoncepcionais;

Considerando que as faixas mais atingidas são as de adolescentes e de adultas jovens, que, freqüentemente, iniciam a atividade sexual antes da anticoncepção;

Considerando que a prevenção da gravidez indesejada constitui bom exemplo de sexualidade responsável, e que tal gravidez pode conduzir a custos psíquicos e sociais por vezes irreversíveis;

Considerando que a prática da dupla proteção — recomendada pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Pediatria —, busca incutir a utilização da camisinha masculina ou feminina, concomitante a um outro método anticoncepcional, incluindo-se a Anticoncepção de Emergência;

Considerando que a Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em qualquer etapa da vida reprodutiva e fase do ciclo menstrual na prevenção da gravidez e que, em caso de ocorrência de fecundação, não haverá interrupção do processo gestacional;

Considerando que o objetivo da Anticoncepção de Emergência é evitar a gravidez e que mesmo nos raros casos de falha do método não provoca danos à evolução da gestação;

Considerando que a Anticoncepção de Emergência poderá contribuir para a diminuição da gravidez indesejada e do aborto provocado;

Considerando, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 14 de dezembro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Aceitar a Anticoncepção de Emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interrupção da mesma.

Art. 2º Cabe ao médico a responsabilidade pela prescrição da Anticoncepção de Emergência como medida de prevenção, visando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada e suas conseqüências na Saúde Pública, particularmente na saúde reprodutiva.

Art. 3º Para a prática da Anticoncepção de Emergência poderão ser utilizados os métodos atualmente em uso ou que porventura sejam desenvolvidos, aceitos pela comunidade científica e que obedeçam à legislação brasileira, ou seja, que não sejam abortivos.

Art. 4º A Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva.

Art. 5º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Exposição de Motivos ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Em 2006, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento completa 12 anos. Naquele evento, 179 países, inclusive o Brasil, reunidos no Cairo, Egito, firmaram um pacto para o estabelecimento de um Programa de Ação sobre População e Desenvolvimento a ser desenvolvido nos próximos 20 anos.

A Conferência do Cairo marcou uma nova era, principalmente no que diz respeito às questões reprodutivas, tendo sido firmado o compromisso de promoção dos direitos humanos, especialmente o fortalecimento da cidadania com acesso universal à saúde e informação sobre saúde sexual e reprodutiva, o que permitiria escolhas responsáveis e equidade entre os sexos.

No Brasil, o processo de democratização viabilizou um texto constitucional avançado no plano dos direitos e garantias individuais e coletivas, que contempla os princípios de dignidade da pessoa humana, envolvendo, inclusive, as noções de paternidade responsável, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desses direitos nas instâncias particulares e privadas, o que abrange o conhecimento de todos os métodos anticoncepcionais, inclusive a Anticoncepção de Emergência e o respeito à livre escolha. A linguagem dos direitos confere uma força particular às reivindicações da sociedade, devendo o direito reprodutivo ser entendido como direito humano fundamental.

No âmbito da Declaração dos Direitos Sexuais (Organização Mundial da Saúde e Associação Mundial de Sexologia, 2001), devem ser ressaltados os seguintes itens:

• direito de tomar decisões reprodutivas livres e responsáveis;

• direito à informação baseada em conhecimento científico;

• direito à educação sexual integral; e

• direito à atenção à saúde sexual.

É importante ter presente que a proposta de anticoncepção, incluindo a de emergência, integra o grande projeto de educação sexual, inclusive para adolescentes, que tem seu principal respaldo no Código de Ética Médica e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

A Anticoncepção de Emergência foi aprovada por muitos organismos internacionais: tais como a Organização Mundial da Saúde, International Planned Parenthood Federation (IPPF), Family Health International (FHI), Federação

Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e Food and Drug Administration (FDA). No Brasil, consta nas Normas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde desde 1986, através do método Yuzpe, e nas Normas Técnicas de Violência Sexual, também do Ministério da Saúde, desde 1998, sendo disponibilizada no mercado brasileiro, a partir de 1999, mediante apresentação de receita médica.

O Ministério da Saúde iniciou sua aquisição em 2000, distribuindo-a, inicialmente, aos serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência e, a partir de 2002, como item dos anticoncepcionais disponibilizados aos municípios pelo Programa de Planejamento Familiar. Também faz parte das recomendações e orientações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Em 2005, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, produziu documento específico de esclarecimento sobre Anticoncepção de Emergência – que compõe sua série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

As indicações da Anticoncepção de Emergência são reservadas a situações especiais e excepcionais, mas seu objetivo básico é prevenir gravidez inoportuna ou indesejada após relação que, por alguma razão, foi desprotegida. Entre as indicações, destacam-se: relação sexual sem uso de método anticoncepcivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do anticoncepcivo e abuso sexual. Sempre que se fala em Anticoncepção de Emergência deve-se ressaltar seu caráter emergencial, não devendo, portanto, ser usada como método anticoncepcivo regular, haja vista não ser eficaz para uso rotineiro.

Apesar da disponibilidade de métodos anticoncepcionais, a incidência da gravidez não planejada ainda é muito elevada em todo o mundo e especialmente no Brasil, onde atinge oito milhões de pessoas. A própria Organização Mundial da Saúde aceita que todos os métodos anticoncepcionais falham, sem exceção. Deve-se ainda levar em conta a elevada prevalência da violência sexual e de abortamentos, freqüentemente inseguros, realizados em razão de gravidez não planejada.

Há duas formas de oferecer a Anticoncepção de Emergência. A primeira, conhecida como método de Yuzpe, utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados de uso rotineiro em planejamento familiar, na dose de 200µg de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel (OMS), em duas doses iguais, a cada 12 horas. A segunda, é com o uso isolado de levonorgestrel, na dose única de 1,5mg (OMS). Ambas as opções podem ser utilizadas em até cinco dias após a relação sexual desprotegida, variando sua eficácia em função do tempo entre a relação sexual e sua administração.

Não há registros de efeitos teratogênicos em gestantes que inadvertidamente fizeram uso de Anticoncepção de Emergência, mesmo porque não existem evidências epidemiológicas de que mulheres expostas acidentalmente a ACHC, durante a fase inicial da gravidez, apresentem maior incidência de anomalias fetais. O método de Yuzpe utiliza os mesmos princípios ativos desses anticoncepcionais, porém em doses menores e por menos tempo. Além disso, considerando-se a indicação da Anticoncepção de Emergência em até cinco dias após a relação sexual desprotegida, o medicamento é administrado muito antes do início da organogênese, fase do desenvolvimento fetal de maior vulnerabilidade à ação de agentes teratogênicos.

Quanto aos aspectos éticos, o mais relevante é ressaltar o caráter não abortivo da Anticoncepção de Emergência.

O mecanismo de ação da Anticoncepção de Emergência varia conforme o momento do ciclo menstrual em que é administrada. Se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico do hormônio luteinizante (LH), a Anticoncepção de Emergência impede a ovulação (mecanismo semelhante ao dos ACHC) ou a retarda por vários dias, circunstâncias nas quais os espermatozoides não terão qualquer oportunidade de contato com o óvulo. Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a Anticoncepção de Emergência atua por outros mecanismos, principalmente pela modificação do muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozoides em direção ao óvulo. Além disso, interfere na capacitação dos espermatozoides (processo fundamental para a fecundação) e altera o transporte dos mesmos e do óvulo nas trompas. Não há evidências científicas de que uma eventual disfunção luteolítica promovida pela Anticoncepção de Emergência interfira no processo de implantação, mesmo porque a progesterona produzida pelo ovário a partir da ovulação, ou administrada depois da fecundação, favorece o desenvolvimento e é essencial para a manutenção da gravidez. Vale lembrar que o termo *progesterona* significa *pró-gestação* e que é indicada e utilizada em situações clínicas de ameaça de abortamento espontâneo e de reprodução assistida. Também não há evidências de alterações no endométrio que pudessem interferir no processo da implantação.

Assim, a eficácia da Anticoncepção de Emergência é resultado dos mecanismos de ação descritos que, em conjunto ou isoladamente, atuam impedindo a fecundação/fertilização (exclusivamente, processo de união dos gametas feminino e masculino) e sempre antes da implantação/nidação (processo que se completa entre o 11º e o 12º dia após a fecundação). Não há quaisquer evidências científicas de que a Anticoncepção de Emergência exerça efeitos, após a fecundação/fertilização, que impeçam a implantação caso a fecundação ocorra ou que impliquem na eliminação precoce do embrião. Desta forma, a Anticoncepção de Emergência é capaz de evitar a gravidez, nunca de interrompê-la, ficando clara sua atuação não abortiva.

Quanto ao uso abusivo ou descontrolado da Anticoncepção de Emergência, não foi constatado qualquer indicador ou tendência, nem se observou diminuição significativa do uso de métodos de barreira, inclusive por adolescentes, ou aumento da promiscuidade sexual, principalmente quando a Anticoncepção de Emergência insere-se no contexto de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva que assegurem informação, aconselhamento e seguimento. Cabe ressaltar que, entre as adolescentes e mulheres adultas que utilizam apenas o preservativo masculino como método anticoncepcional, a Anticoncepção de Emergência constitui uma apólice de seguro para o caso de ruptura ou deslocamento deste, reforçando-se, assim, o conceito de dupla proteção.

A Anticoncepção de Emergência cumpre papel de destaque dentro da proposta de educação sexual para ambos os sexos, posto que seu caráter emergencial pode preceder o próprio processo educativo, sem deixar de integrá-lo em suas etapas. Ao se considerar as características e singularidades dos adolescentes, fica claro que a contracepção de emergência vai ao encontro de seu imediatismo, das constantes mudanças de pensar e sentir, colocando-se, portanto, como opção relevante de prevenção.

Não há dúvidas de que a Anticoncepção de Emergência é medida importante, entre tantas necessárias, para reduzir a gravidez e o abortamento na adolescência. Em 2000, o levantamento de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mostra que 1,29% do total ocorreu entre adolescentes de 10 a 14 anos; e 25,84%, entre 15 e 19 anos. Adicionalmente, foram registradas 127.740 internações por aborto. Deste número, 59% referiam-se a jovens na faixa

etária de 20 a 24 anos; 39%, a adolescentes entre 15 e 19 anos e 2,50%, a adolescentes na faixa de 10 a 14 anos. De 1993 a 1997, o número de curetagens realizadas no SUS em adolescentes de 10 a 19 anos passou de 19% para 22%. Em 1997, as complicações provocadas pelo abortamento inseguro foram responsáveis por 16% das mortes maternas de mulheres de 15 a 24 anos (CNPd, 1997). Segundo dados da PNDS, de 1996, a primeira causa de internação entre adolescentes de 10 a 14 anos é o parto. Em 2001, a principal causa de morbidade entre adolescentes relacionava-se à gravidez, parto e puerpério (77,28%), que representa a 7ª causa de morte de mulheres entre 10 a 24 anos (5,52%). Vários estudos demonstram que a promoção da Anticoncepção de Emergência permite uma ingestão da droga significativamente mais precoce (e, portanto, com mais chance de sucesso), diminuindo a taxa de gravidez não planejada e, conseqüentemente, de aborto.

O documento Adolescência, contracepção e ética - Diretrizes, de 2003, aprovado pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (constante em seu site) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (publicado no Jornal de Pediatria), mostra que a prescrição de método anticonceptivo para a adolescente não fere nenhum princípio ético ou legal. Ao contrário, os profissionais de saúde têm clara responsabilidade com a atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, embasados na Constituição Federal (art. 226), no Código de Ética Médica (arts. 11, 102 e 103), no Estatuto da Criança e do Adolescente e em conferências internacionais, das quais o Brasil foi signatário, como a IV Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e sua revisão pela Organização das Nações Unidas, em 1999, conhecida como Cairo 5.

A principal conclusão deste documento é que a Anticoncepção de Emergência não é considerada abortiva, podendo ser utilizada em qualquer faixa etária das etapas reprodutivas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1) Adolescência, contracepção e ética - Diretrizes – disponível em <http://www.febrasgo.org.br>.
- 2) Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 3) Belzer M et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Adolescent Health* 2003;32:122-3.
- 4) Brasil. Ministério da Saúde. Marco Teórico e Referencial – Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2006.
- 5) Checa MA, Pascual J, Robles A, Carreras S. Trends in the use of emergency contraception. An epidemiological study in Barcelona, Spain (1994-2002). *Contraception* 2004;70:199-201.
- 6) Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Mirian Ventura (org.), com a colaboração de Daniela Ikawa, Flávia Piovesan e Leila Linhares Barsted. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003.
- 7) Ellertson C et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstetrics and Gynecology* 2001;98:570-5.
- 8) Fórum 2002 – Contracepção, adolescência e ética. Maria Ignez Saito, Marta Miranda Leal (orgs.). Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – Fmusp.
- 9) Fórum 2005: Adolescência e contracepção de emergência.
- 10) Gainer E et al. Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. *Contraception* 2003;68(2):117-24.
- 11) Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *The New England Journal of Medicine* 1998;339(1):1-4.
- 12) Gold MA, Sucato GS, Conrad Lae Hillard PJA. Provision of emergency contraception for adolescents - Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:66-70
- 13) Jackson RA et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology* 2003;102:8-16.
- 14) Juventudes e sexualidade. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Brasília: Unesco Brasil, 2004.
- 15) Litt IF. Placing emergency contraception in the hands of women. *JAMA* 2005;293(1):98-99.
- 16) Lo SST, Fan SYS, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behavior: a randomized controlled trial. *Human Reproduction* 2004;19(10):2404-10.
- 17) Raine T et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs – a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(1):54-62.
- 18) Raine T et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstetrics and Gynecology* 2000;96:1-7.
- 19) Rowlands S et al. Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK. *Brit j Fam Plann* 2000;26(3):138-143.
- 20) Sociedade Brasileira de Pediatria, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Adolescência, anticoncepção e ética – Diretrizes. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(1).
- 21) Ziebland S et al. What happened when Scottish women were given advance supplies of emergency contraception? A survey and qualitative study of women's views and experiences. *Social Science & Medicine* 2005; 60:1767-1779.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.812/2007

(Publicada no D.O.U. de 27 Fev. 2007, Seção I, pág. 39)

Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, por intermédio de

seu representante legal, consoante delegação de competência conferida pela Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, modificada pela Lei n° 11.000, de 15 de dezembro de 2004 e,

CONSIDERANDO que é atribuição do Conselho Federal de Medicina estabelecer normas sobre a organização, funcionamento e eleições das Comissões de Ética Médica, a teor da Resolução CFM n° 1.657/2002;

CONSIDERANDO que não há óbice que o mandato dos membros da referida Comissão seja revisto pelo Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Art. 6º do Anexo da Resolução CFM n° 1.657, de 11 de dezembro de 2002, o mandato dos membros da Comissão de Ética é de 30 (trinta) meses;

CONSIDERANDO que o mandato dos membros da Comissão de Ética poderá ser inferior a 30 (trinta) meses;

CONSIDERANDO que sempre houve Comissões de Ética Médica cujo mandato durava 24 (vinte e quatro) meses;

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 6º do Anexo da Resolução CFM n° 1.657 de 11 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 6º O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.”

Art. 2º Revoga-se o artigo 6º do Anexo da Resolução CFM n° 1.657 de 11 de dezembro de 2002.

Art. 3º Os demais artigos da Resolução CFM n° 1.657/2002 e seus anexos permanecem inalterados.

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

RESOLUÇÃO CFM n° 1.819/2007

(Publicada no D.O.U. 22 maio 2007, Seção I, pg. 71)

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei n° 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação dos aspectos éticos relacionados ao preenchimento das guias de consultas emitidas pelas seguradoras e operadoras de planos de saúde;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua o artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o que preceituam os artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940);

CONSIDERANDO o que preceitua o artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei n° 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO o que determina o artigo 205 da Lei n° 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

CONSIDERANDO o constante nos artigos 8, 11, 45 e todo o Capítulo IX do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o disposto no artigo 14 do Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, aprovado pela Resolução CFM n° 1.753/2004, de 08/10/2004;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 17/5/2007,

RESOLVE:

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

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

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

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

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

RESOLUÇÃO CFM N° 1.821/07

(Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252)

Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei n° 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente a que assiste;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina (CFM) é a autoridade certificadora dos médicos do Brasil (AC) e distribuirá o CRM-Digital aos médicos interessados, que será um certificado padrão ICP-Brasil;

CONSIDERANDO que as unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes;

CONSIDERANDO o crescente volume de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados;

CONSIDERANDO o teor das Resoluções CFM nºs 1.605, de 29 de setembro de 2000, e 1.638, de 9 de agosto de 2002;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/02, aprovado na sessão plenária de 10 de julho de 2002, que trata de prontuário elaborado em meio eletrônico;

CONSIDERANDO que o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido – independente de ser unidade de saúde ou consultório –, a quem cabe o dever da guarda do documento;

CONSIDERANDO que os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa;

CONSIDERANDO que o prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em papel;

CONSIDERANDO o disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde;

CONSIDERANDO que a autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no referido manual;

CONSIDERANDO que toda informação em saúde identificada individualmente necessita de proteção em sua confidencialidade, por ser princípio basilar do exercício da medicina;

CONSIDERANDO os enunciados constantes nos artigos 102 a 109 do Capítulo IX do Código de Ética Médica, o médico tem a obrigação ética de proteger o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o preceituado no artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil, nos artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) e no artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 11/7/2007,

RESOLVE:

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

Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Art. 11º Ficam revogadas as Resoluções CFM nºs 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

Art. 12º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.823/2007

(Publicada no D.O.U. 31 Ago. 2007, Seção I, pg. 119)

Disciplina responsabilidades dos médicos em relação aos procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica e Citopatologia e cria normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos.

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 que os procedimentos diagnósticos em Patologia são atos médicos complexos e devem ser executados com o conhecimento do contexto clínico que o gerou, não raro fazendo-se necessária a busca de informações complementares junto ao médico que assiste ao paciente;

CONSIDERANDO que a Patologia é especialidade médica com formação específica e regulamentada, reconhecida pelo convênio CFM/AMB/CNRM e legitimada pela Resolução CFM nº 1.666/2003;

CONSIDERANDO que a execução de procedimentos diagnósticos em anatomia patológica e citopatologia em cidades distantes do local da coleta das amostras possibilita dificuldade de correlações clínico-morfológicas;

CONSIDERANDO a regulamentação de transporte de material humano coletado para procedimentos diagnósticos a serem enviados por empresas transportadoras – Portaria Anvisa nº 407, de 2 de maio de 2002;

CONSIDERANDO que é direito do paciente ser informado sobre a possibilidade de envio do seu material para procedimentos diagnósticos em outro centro;

CONSIDERANDO que o laudo médico é de exclusiva competência do médico que executou o ato correspondente;

CONSIDERANDO que os laudos citoistopatológicos e anatomopatológicos são parte integrante do prontuário médico e que as lâminas dos mencionados procedimentos diagnósticos são propriedade do paciente, obrigadas a arquivamento por 5 (cinco) anos no serviço, em conformidade com a Resolução CFM nº 1.472, de 10 de março de 1997, e Parecer-Consulta nº 3.547/92 PC/CFM nº 13/94;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária do dia 8 de agosto de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Os diretores técnicos médicos dos laboratórios que anunciam/executam serviços de Patologia devem garantir estrutura operacional técnica suficiente para a realização dos procedimentos diagnósticos na jurisdição em que suas instituições estejam registradas, responsabilizando-se, mesmo que de maneira, solidária pelos resultados emitidos.

Art. 2º Os diretores técnicos médicos de laboratórios que ofereçam serviços na especialidade Patologia também devem observar o estrito cumprimento do disposto nas Resoluções CFM nº 1.642, de 7 de agosto de 2002, e nº 1.722, de 17 de agosto de 2004, para a garantia da preservação do exercício ético e autonomia profissional.

Art. 3º Nos procedimentos que necessitem transporte para outra localidade que não a da sede da coleta, deve ser elaborado Termo de Consentimento Informado ao paciente, ou a seu representante legal, com dados sobre o destino do material recebido para exame e indicação do laboratório que efetivamente realizará o procedimento, com endereço e nome do diretor técnico médico.

Parágrafo Único À elaboração do Termo de Consentimento Informado deverá ser executada no laboratório de origem, sendo por ele responsável o diretor técnico médico, ao qual solidariamente se associa o diretor técnico médico do laboratório de destino.

Art. 4º Os diretores técnicos médicos das instituições que disponibilizam serviços na área de Patologia são responsáveis diretos por danos consequentes a extravios, bem como por problemas referentes a descuido na guarda, conservação, preservação e transporte das amostras recebidas para exame.

Parágrafo único É imperiosa a observação das normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico, conforme normatização disposta no anexo desta resolução.

Art 5º O preenchimento das requisições de procedimentos diagnósticos deve expressar de forma completa e clara todos os procedimentos solicitados.

Parágrafo único O médico requisitante é co-responsável pelas condições de acondicionamento e adequada fixação das amostras, devendo orientar o paciente ou seu responsável para a entrega das biópsias ou peças cirúrgicas, dentro da maior brevidade, em laboratório de Patologia (Anatomia Patológica).

Art. 6º As cópias de laudos, os blocos histológicos e as lâminas deverão ser mantidos em arquivo na instituição onde o material foi primariamente recebido, respeitando-se para tanto os prazos e normas estabelecidos na legislação pertinente.

Parágrafo único Deve ser garantido ao paciente ou a seu representante legal a retirada de blocos e lâminas de seus exames quando assim o desejarem, cabendo à instituição responsável pela guarda elaborar documento dessa entrega, a ser assinado pelo requisitante, o qual deve ser arquivado junto ao respectivo laudo.

Art. 7º É obrigatória nos laudos anatomopatológicos e citopatológicos a assinatura e identificação clara do médico que realizou o exame da(s) amostra(s).

Parágrafo único Nos procedimentos diagnósticos executados por outro serviço que não o que recebeu a(s) amostra(s), fica também obrigatória a assinatura e identificação inteiramente solidária do diretor técnico médico do laboratório que recebeu o laudo, observando-se o contido nos artigos 3º e 4º desta resolução.

Art. 8º O médico assistente deverá orientar os seus pacientes a encaminharem o material a ser examinado para médico patologista inscrito no CRM de seu estado.

Art. 9º Os médicos solicitantes dos procedimentos diagnósticos devem observar a identificação prevista no artigo 7º desta resolução, recusando-se a aceitar laudos assinados por não-médicos, sob pena de assumirem responsabilidade total pelo resultado emitido.

Art. 10º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 11º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.824/2007

(Publicada no D.O.U. de 03 set. 2007, Seção I, pg. 98)

Revogar a Resolução CFM nº 1.498/98, que trata do Programa de Educação Médica Continuada.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que o Programa de Educação Médica Continuada “Excelência Médica” foi interrompido quando da notificação extrajudicial enviada à Tecsat no dia 11 de maio de 2000, publicada na edição de abril, nº 116, daquele mesmo ano, do jornal Medicina;

CONSIDERANDO que o contido na resolução citada não produz efeitos desde então;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina de 9 de agosto de 2007.

RESOLVE:

Art. 1º Revogar a Resolução CFM nº 1.498/98.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A INTERRUPÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

“A suspensão do Programa de Educação Médica Continuada, transmitido pelo Canal 80 – CFM-TV, deve ser considerada apenas como uma pausa no projeto desenvolvido pelo Conselho Federal de Medicina. Aprovada em reunião plenária do CFM, a desativação foi provocada pelo descumprimento, por parte da empresa Tecsat, das cláusulas contratuais que permitiriam o acesso de todos os médicos interessados ao Programa.

Apesar das inúmeras tentativas e negociações realizadas tanto pela atual diretoria do CFM quanto pela anterior, a Tecsat – que, até recentemente, era considerada como uma das principais empresas brasileiras de sistemas de recepção de sinais de TV via satélite – não cumpriu o que se comprometeu a fazer, não instalando o número necessário de antenas para que os médicos que aderiram ao projeto pudessem acessar os programas transmitidos pelo Canal 80. Foram meses de tentativas infrutíferas. A Tecsat, sob alegações diversas, mostrou sua incapacidade de atender a duas cláusulas contratuais fundamentais: não garantiu e não realizou a colocação de antenas nas casas dos médicos interessados em acessar o Programa, e não estabeleceu a necessária cobertura via satélite para a região Norte-Nordeste.

Com isso, o Programa de Educação Médica Continuada ficou totalmente comprometido, não atingindo seu objetivo de levar o projeto à maioria dos médicos brasileiros, principalmente aos que mais necessitam acompanhar os avanços científicos, técnicos e éticos da Medicina.

“Foi com pesar muito grande que decidimos suspender o Programa”, afirma o presidente do CFM, Edson de Oliveira Andrade. “Não havia como dar continuidade a ele, em face da total inadimplência pela Tecsat”.

Originalmente, o Programa de Educação Médica Continuada era um projeto a ser desenvolvido por três parceiros – o CFM, a Tecsat e a empresa Canal Médico Sistemas de Comunicação Ltda. Esta última, de forma irresponsável e unilateral, decidiu-se, em maio de 1999, pela rescisão do contrato que havia estabelecido com o CFM, o que levou o Conselho a tomar medidas judiciais cabíveis para ressarcimento dos danos sofridos.

A saída do Canal Médico levou o CFM a repactuar o contrato com a Tecsat que, naquele momento, garantiu dar continuidade ao Programa, atendendo às cláusulas repactuadas, o que, na verdade, não ocorreu.

O Conselho continuou a negociar com a Tecsat em busca de salvar o Programa. Essas tentativas redundaram em uma re-ratificação do contrato, quando a Tecsat comprometeu-se a instalar 10.000 antenas/mês. Novamente, a palavra não foi cumprida.

“Tudo era apenas promessa e isso prejudicou integralmente a continuidade do Programa”, acrescentou o presidente do CFM, que se viu compelido a romper o contrato com a Tecsat por intermédio de uma notificação extrajudicial (veja a íntegra nesta página) que antecede a tomada das medidas judiciais cabíveis para a reparação das perdas e danos sofridos pelo CFM.

A atualidade e a necessidade de um Programa de Educação Médica Continuada não foram, apesar dos percalços provocados pela inadimplência da Tecsat, colocadas em causa. Como o presidente Edson de Oliveira Andrade afirma na carta cuja íntegra publicamos nesta edição, o CFM continua acreditando “na potencialidade de um projeto que buscava levar ao médico brasileiro as condições objetivas para um exercício profissional competente e eficiente, pautado no aprimoramento científico e ético”.

Este é o teor da notificação extrajudicial encaminhada ao diretor de Marketing e Novos Negócios da Tecsat, Paulo Roberto Hisse de Castro, comunicando àquela empresa a rescisão do contrato de produção e transmissão do Programa de Educação Médica Continuada:

Notificação Extrajudicial

Fica V.Sª notificada da rescisão do Contrato de Produção e Transmissão do Programa de Educação Médica Continuada, que tem por objetivo a “produção e transmissão, com exclusividade e em circuito fechado, de um programa de educação médica continuada”, re-ratificado em 9.9.99, em face da inadimplência ocorrida no cumprimento das seguintes cláusulas:

O notificado obrigou-se na cláusula 2.8 a “atender 218 mil médicos regularmente registrados no CFM, bem como os novos médicos que vierem a ser inscritos, providenciando as instalações dos sistemas nas residências dos médicos, sem nenhum custo para estes, em forma de comodato”. Ocorre que o notificado, embora detentor do cadastro dos médicos, até o momento não comprovou as referidas instalações.

Ademais, o notificado não vem cumprindo o pactuado, posto que, pela cláusula 2.9, obrigou-se a instalar, no mínimo, 10 mil equipamentos por mês. O que, entretanto, não ocorreu. Pois do início do contrato até a presente notificação, já transcorreram mais de 12 (doze) meses e tão-somente cerca de sete mil médicos foram conectados.

Outrossim, resta descumprida também a cláusula referente à cobertura das regiões Norte-Nordeste, que deveria ser efetuada até 30.10.99, em decorrência da liberação de dois transponders por parte da Embratel, conforme o acertado entre a Teccat e a Embratel.

Finalizando, temos que a falta de manifestação de V.Sª não nos permitiu diligenciar no sentido da confecção do plano de trabalho e cronograma físico-financeiro, inclusive aquele relativo à produção dos programas e captação de recursos financeiros por meio de patrocínio, restando prejudicado o item 2 da re-ratificação.

Desta forma, notificamos V.Sª da rescisão do presente contrato por esta entidade a partir do recebimento desta, que ensejará a tomada de futuras medidas judiciais cabíveis dentro do prazo legal.

Pelos motivos acima expostos, solicitamos a V.Sª a imediata suspensão da veiculação da programação do Canal 80 – CFM-TV, bem como a devolução e não utilização da listagem de médicos aderidos já enviada anteriormente, a fim de que possamos comunicar e esclarecer a todos a referida suspensão.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.826/2007

(Publicada no D.O.U. de 06 de dezembro de 2007, Seção I, pg. 133)

Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.

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 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 exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante de órgãos e determina, em seu artigo 3º, que compete ao CFM definir os critérios para a determinação de morte encefálica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, que normatiza a determinação de morte encefálica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 24 de outubro de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

§ 1º O cumprimento da decisão mencionada no *caput* deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

§ 2º Cabe ao médico assistente ou seu substituto o cumprimento do *caput* deste artigo e seu parágrafo 1º.

Art. 2º A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.826/07

“Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver”. (Rubem Alves, O Médico)

A morte encefálica equivale à morte clínica. Portanto, do ponto de vista ético e legal, após seu diagnóstico é dever do médico retirar os procedimentos de suporte que mantinham artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais utilizados até o momento de sua determinação. A suspensão desses recursos não é eutanásia nem qualquer espécie de delito contra a vida, haja vista tratar-se de paciente morto e não terminal. O médico deverá, também, informar, de modo claro e detalhado, aos familiares ou representante legal, o falecimento do paciente, bem como preencher a Declaração de Óbito – caso esse não tenha sido ocasionado por meio violento – para as devidas providências pertinentes ao sepultamento.

Às vezes, causa perplexidade aos familiares do morto o fato de o corpo ainda estar quente e apresentar batimentos cardíacos, o que contrasta com a algidez (frialde) e ausência de batimentos cardíacos, sinais clássicos da morte, mas que é explicado pela manutenção de suporte ventilatório e medicamentos inotrópicos.

Contudo, a irreversibilidade da morte encefálica autoriza, legal e eticamente, o médico a retirar o suporte terapêutico utilizado até o momento de sua determinação.

O CFM reconhece que a sociedade não está devidamente familiarizada com este tema, o que gera ansiedade, dúvidas e receios, mas que o mesmo deve ser enfrentado de modo compreensivo, humano e solidário.

Por essas razões, justifica-se a edição desta resolução, que permitirá a discussão ética, moral e legal da suspensão de tratamento desnecessário e oneroso, encarando a morte como complemento da vida e não inimiga a ser derrotada a qualquer custo.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.827/2007

(Publicada no D.O.U. de 02 de maio de 2008, Seção I, p.155-157)

Normatiza o recadastramento obrigatório dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e CONSIDERANDO especificamente o disposto nas alíneas “b” e “i” do artigo 15 da Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização do cadastro dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 8 de novembro de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º É obrigatório o recadastramento dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina, nos termos das normas ora instituídas, a ser realizado no período máximo de 18 (dezoito) meses contados a partir da data do seu início. Parágrafo único. Os recadastramentos iniciados pelos Conselhos Regionais de Medicina dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, a partir de 1º de maio de 2006, ficam validados pela presente resolução.

Art. 2º As diretrizes pertinentes ao recadastramento dos médicos estão dispostas no anexo único desta resolução.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 8 de novembro de 2007

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.827/07

1 – O CFM será responsável pelo desenvolvimento de aplicativo Web, com as seguintes funcionalidades:

- Formulário Eletrônico de Recadastramento – FER

Utilizado pelo médico para realizar o recadastramento via web;

- Formulário de Recadastramento – FR

Utilizado pelo médico para o recadastramento em formulário de papel, com posterior digitação de dados pelos CRMs;

- Formulário de Coleta – FC

Utilizado pelo CRM para a coleta de assinatura, fotografia e autorização de publicação da fotografia do médico nos sítios do CRM e CFM;

- Gerenciamento de Dados – GD

Utilizado para o controle da troca de dados com a Casa da Moeda e da emissão, remessa e entrega da nova Carteira de Identidade Médica – CIM e atualização dos cadastros regional e nacional de médicos.

2 – O recadastramento geral dos médicos do Brasil pode ser realizado por meio eletrônico ou manual.

2.1 Recadastramento eletrônico

- O CFM colocará à disposição dos médicos o módulo Formulário Eletrônico de Recadastramento – FER, para recadastramento via Web;

- O início da operação do aplicativo será devidamente divulgado, com avisos no jornal Medicina, nos jornais dos Conselhos Regionais de Medicina e no Portal Médico, bem como envio de e-mail, distribuição de cartazes e quaisquer outras formas porventura necessárias;

- Caso prefira, o médico poderá realizar o recadastramento eletrônico em equipamento disponível na sede de seu CRM.

2.2 Recadastramento manual [Modelo 1](#) [Modelo 2](#)

- Periodicamente, o CFM avaliará os resultados obtidos pelo recadastramento eletrônico e, caso detecte a necessidade, enviará o Formulário de Recadastramento – FR, com manual explicativo para preenchimento, aos profissionais que ainda não tenham efetivado o recadastramento via Formulário Eletrônico de Recadastramento – FER.

3 – Após realizar o recadastramento eletrônico ou preencher o Formulário de Recadastramento – FR, o médico deverá dirigir-se a seu CRM portando originais e cópias dos seguintes documentos:

- carteira de identidade (RG);

- título de eleitor;

- CPF;

- comprovante de residência (recente);

- títulos de especialista;

- comprovante de sociedade em empresa de serviços médicos, se for o caso;

- se médico estrangeiro, apresentar, também, comprovante de legalidade de permanência no país;

- em caso de recadastramento manual, apresentar o Formulário de Recadastramento – FR devidamente preenchido.

4 – O CRM deverá imprimir o Formulário de Coleta – FC contendo os dados a serem utilizados na emissão da nova Carteira de Identidade Médica – CIM. Caso o recadastramento tenha sido realizado via Formulário Eletrônico de Recadastramento – FER, os dados já estarão disponíveis para a impressão do Formulário de Coleta – FC.

No caso de recadastramento manual, o funcionário do CRM deverá digitar os dados necessários para a impressão do Formulário de Coleta – FC -, por meio de aplicativo instalado no CRM. O médico, então, conferirá os seus dados, assinará o Formulário de Coleta – FC com caneta preta de ponta grossa e entregará uma fotografia recente, de modo a garantir o perfeito reconhecimento fisionômico do portador, cuja imagem deverá satisfazer os seguintes critérios:

- ser colorida;
- ter dimensão de 3x4cm;
- apresentar fundo branco ou cinza-claro;
- representar a visão completa da cabeça do portador, com a face centralizada, devendo ocupar mais de 50% da altura da fotografia;
- a fotografia deverá apresentar o rosto de frente;
- a fotografia não poderá conter qualquer tipo de mancha, alteração, retoque, perfuração, deformação ou correção.

Obs: não serão aceitas fotografias em que o portador utilize óculos, bonés, gorros, chapéus ou qualquer item de vestuário ou acessório que cubra parte do rosto ou da cabeça.

5 – A fotografia deverá ser colada no Formulário de Coleta – FC por funcionário do CRM.

6 – O Formulário de Coleta – FC deverá receber um número de protocolo.

7 – Não será aceito o recadastramento por meio de procuração.

8 – Apenas as inscrições primárias sofrerão o recadastramento. Os dados atualizados serão repassados, posteriormente, aos CRMs que mantenham inscrições secundárias.

9 – A fotografia do médico poderá ser exibida nos sítios do CFM e dos CRMs onde estiver inscrito, mediante autorização apontada no Formulário de Coleta – FC.

10 – O Formulário de Coleta – FC deverá ter o canhoto destacado e encaminhado à Casa da Moeda em lotes, para a digitalização da fotografia e da assinatura e emissão da Carteira de Identidade Médica – CIM.

11 – A Casa da Moeda encaminhará ao CRM o lote de Carteiras de Identidade Médica – CIM via Correios, com AR.

12 – O CRM deverá indicar, no Gerenciamento de Dados – GD, o recebimento de cada lote e a entrega da Carteira de Identidade Médica – CIM ao médico, bem como eventuais devoluções de lotes decorrentes de violação do pacote enviado.

13 – Após confirmação, pelo CRM, da entrega da Carteira de Identidade Médica, a Casa da Moeda transferirá para a área de File Transfer Protocol – FTP, previamente destacada para este fim pelo CFM, os arquivos digitalizados (fotografia e assinatura).

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.827/07

Desde a criação dos Conselhos, em 1957, não foi feito um recadastramento nacional. Como o cadastro de inúmeros médicos não está atualizado, os Conselhos têm dificuldades em comunicar-se com os mesmos.

Adicionalmente, os endereços incorretos e/ou incompletos causam muitos transtornos e alto custo para os Conselhos, como retorno de correspondências, impressos e avisos de ações judiciais, às vezes em editais publicados em jornais de grande circulação, quando o médico não é encontrado.

Com os dados incompletos, fica difícil saber se o médico está em atividade, se mudou do país, se registrou seus títulos de especialista, se está em dia com as anuidades ou se é inadimplente.

Com o recadastramento os Conselhos terão condições de fazer um orçamento mais realista.

Outro ponto favorável é a atualização do endereço eletrônico, que facilitará a comunicação.

É importante que o Conselho Federal de Medicina promova o recadastramento nacional dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina e emita nova cédula de identidade de médico, segura, de modo a evitar a ocorrência de fraudes. Para tanto, está editando a presente resolução, normatizando o recadastramento.

Brasília-DF, 8 de novembro de 2007

GERSON ZAFALON MARTINS

3º vice-presidente

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.828/07

(Publicado no D.O.U. de 30 abril 2008, Seção I, pág. 208)

Normatiza a substituição das cédulas de identidade de médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e CONSIDERANDO especificamente o disposto no artigo 18 da Lei nº 3.268/57 e sua melhor interpretação;

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 1º da Lei nº 6.206, de 7 de maio de 1975;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina substituirá o documento de identidade profissional dos médicos instituído pela Resolução CFM nº 1.537/98, de 13 de novembro de 1998;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina fará o recadastramento dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformização dos documentos de identidade do médico;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 8 de novembro de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Os Conselhos Regionais de Medicina adotarão a cédula de identidade de médico, conforme o novo modelo aprovado pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º A atual cédula de identidade de médico, instituída pela Resolução CFM nº 1.537/98, será válida até 12 meses após o recadastramento do médico.

Art. 3º Para a substituição das cédulas de identidade, os médicos deverão estar recadastrados perante o Conselho Regional de Medicina, nos termos definidos na Resolução CFM nº 1.827/07.

Art. 4º As despesas decorrentes da substituição da cédula de identidade ficarão a cargo dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, divididas em partes iguais.

Art. 5º A nova cédula de identidade de médico será confeccionada de acordo com as especificações constantes no contrato de licitação.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, inclusive a Resolução CFM nº 1.537/98.

Brasília-DF, 8 de novembro de 2007

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.828/07

Desde a criação dos Conselhos, em 1957, não foi feito um recadastramento nacional. Como o cadastro de inúmeros médicos não está atualizado, os Conselhos têm dificuldades em comunicar-se com os mesmos.

Adicionalmente, os endereços incorretos e/ou incompletos causam muitos transtornos e alto custo para os Conselhos, como retorno de correspondências, impressos e avisos de ações judicantes, às vezes publicados em editais em jornais de grande circulação, quando o médico não é encontrado.

Com os dados incompletos, fica difícil saber se o médico está em atividade, se mudou do país, se registrou seus títulos de especialista, se está em dia com as anuidades ou se é inadimplente.

Com o recadastramento, conhecendo-se o correto número de médicos ativos, os Conselhos terão condições de fazer um orçamento mais realista.

Outro ponto favorável é a atualização do endereço eletrônico, que facilitará a comunicação.

As freqüentes notícias de que criminosos falsificam a carteira de identidade de médicos para praticar o crime de exercício ilegal da medicina, prejudicando a população e os profissionais que tiveram os documentos fraudados, poderão ser bastante diminuídas com a nova carteira de identidade.

Por tais razões, é importante e necessário que o Conselho Federal de Medicina promova o recadastramento nacional dos médicos e emita nova cédula de identidade segura.

Brasília-DF, 8 de novembro de 2007

GERSON ZAFALON MARTINS

3º vice-presidente

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.831/2008

(Publicada no D.O.U. de 24 jan. 2008, Seção I, pg. 88)

[Modificada pela Resolução CFM nº 1842/2008](#)

Altera a inscrição de médico estrangeiro no tocante ao Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa, alterando a exigência de nível avançado para nível intermediário superior e revoga a Resolução CFM nº 1.712, de 22 de dezembro de 2003.

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 o disposto no § 3º do artigo 2º do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, que regulamenta a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957;

CONSIDERANDO que a relação médico-paciente deve ser cultivada de forma ampla, tendo o paciente o pleno direito de receber todos os esclarecimentos a respeito de seu diagnóstico, de maneira pormenorizada;

CONSIDERANDO a normatização efetuada pelo Ministério da Educação, para a obtenção do Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (Celpe-Bras), de acordo com as Portarias nº 1.787, de 26 de dezembro de 1994, nº 643, de 1º de julho de 1998, e nº 693, de 9 de julho de 1998, expedidas pelo Ministério da Educação;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária realizada em 9 de janeiro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º O requerimento de inscrição do médico estrangeiro deverá conter, além da documentação prevista no artigo 2º do Decreto nº 44.045/58, o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (Celpe-Bras), em nível intermediário superior, expedido pelo Ministério da Educação.

Parágrafo único. Os médicos de nacionalidade estrangeira oriundos de países cuja língua pátria seja o português (Angola, Cabo Verde, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Portugal e Timor Leste) e aqueles cuja graduação em Medicina tenha ocorrido no Brasil ficam dispensados da apresentação do Celpe-Bras quando de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e tem efeito imediato sobre todos os pedidos de inscrição já protocolados e ainda não decididos.

Art. 3º Revogam-se as Resoluções CFM nº 1.712/03 e 1792/2006 e as demais disposições transitórias. [\(Redação dada pela Resolução CFM n. 1842/2008\)](#)

Redação anterior: Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.712/03.

Brasília-DF, 9 de janeiro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.831/08

O número de médicos estrangeiros, graduados em faculdades de medicina no exterior, que procuram revalidar seus diplomas em diferentes universidades brasileiras tem crescido nos últimos anos. Dentre as exigências para a

revalidação consta o exame de proficiência em língua portuguesa no nível avançado, aplicado pelo Ministério da Educação – que fornece o competente certificado.

O exame é de base comunicativa e a competência do candidato é avaliada por meio de tarefas, tais como resposta a uma carta, preenchimento de um formulário, compreensão de um artigo de jornal ou de um programa de televisão. Não se busca aferir conhecimentos a respeito da língua, com questões sobre gramática e vocabulário, mas sim sua capacidade de uso.

O certificado intermediário superior é conferido ao candidato que evidencia domínio operacional da língua portuguesa, demonstrando ser capaz de compreender e produzir textos orais e escritos sobre assuntos limitados, em contextos conhecidos e situações do cotidiano, e apresenta poucas inadequações e interferências da língua materna na pronúncia e na escrita.

O médico estrangeiro formado no exterior, ao fazer sua inscrição nos Conselhos de Medicina, deverá, além do exame de proficiência em língua portuguesa, apresentar a revalidação de seu diploma – para a qual submeteu-se a aprofundado estudo, em português, nas matérias médicas afeitas à revalidação.

Devemos também considerar que a prática diária a que o médico, devidamente inscrito nos Conselhos, será submetido ao uso da língua portuguesa lhe dará maior desenvoltura e domínio de linguagem.

Sob tais enfoques trago, então, a presente proposta de resolução, em nome da diretoria do CFM, para ser apreciada pelo plenário.

Brasília-DF, 9 de janeiro de 2008

JOSÉ FERNANDO VINAGRE

Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.832/2008

(Publicada no D.O.U., 25 de fevereiro de 2008, Seção I, pg. 99-100)

Dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira e revoga as Resoluções CFM nº [1.615](#), de 9 de março de 2001, nº [1.630](#), de 24 de janeiro de 2002, nº [1.669](#), de 14 de julho de 2003 e nº [1.793](#), de 16 de junho de 2006.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 98 e 99 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, que restringe ao estrangeiro com visto temporário o exercício de atividade remunerada, bem como a inscrição em conselhos de fiscalização profissional;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 99 do diploma legal supracitado, que prevê a inscrição temporária, em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada, dos estrangeiros que venham ao país tão-somente na condição prevista no inciso V do artigo 13 da mesma lei;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16-AJ, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa, à luz da legislação brasileira vigente, a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior;

CONSIDERANDO o que determina a Resolução CFM nº 1.831, de 9 de janeiro de 2008, que exige o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, expedido por instituição oficial de ensino;

CONSIDERANDO a definição legal de Residência em Medicina como modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme determina o artigo 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

CONSIDERANDO que esse treinamento em serviço, que caracteriza a Residência Médica, implica no exercício de prática profissional (atos médicos), além de ocupar de 80% a 90% da carga horária total do curso, consoante o parágrafo 2º do artigo 5º da Lei nº 6.932/81;

CONSIDERANDO o teor do [Parecer CFM nº 26](#), do conselheiro Mauro Brandão Carneiro, aprovado na sessão plenária de 3 de outubro de 2000, que analisa as condições necessárias para o exercício profissional do médico estrangeiro com visto temporário no Brasil, bem como a impossibilidade de o mesmo cursar a Residência Médica em instituições nacionais;

CONSIDERANDO a exposição de motivos anexa a esta resolução;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de janeiro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º O cidadão estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior terão o registro para o exercício profissional no Brasil regulamentado por esta resolução.

Art. 2º Os diplomas de graduação em Medicina expedidos por faculdades estrangeiras somente serão aceitos para registro nos Conselhos Regionais de Medicina quando revalidados por universidades públicas, na forma da lei.

Parágrafo único. O cidadão estrangeiro, para obter o registro nos Conselhos Regionais de Medicina, deve comprovar a proficiência em língua portuguesa, nos termos da [Resolução CFM nº 1.831/08](#).

Art. 3º O cidadão estrangeiro com visto permanente no Brasil pode registrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina e usufruir dos mesmos direitos do cidadão brasileiro quanto ao exercício profissional, exceto nos casos de cargo privativo de cidadãos brasileiros, sobretudo ser eleito ou eleger membros nos respectivos conselhos, observado o disposto no artigo 2º desta resolução e o pleno acordo com a Constituição Federal de 1988.

Art. 4º O cidadão estrangeiro detentor de visto temporário no país não pode se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina e está impedido de exercer a profissão, salvo a exceção prevista no inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro.

§ 1º O médico estrangeiro, portador de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro (inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), está obrigado a inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais enquanto perdurar o visto, observado o disposto no artigo 2º desta resolução.

§ 2º Na hipótese prevista no parágrafo anterior faz-se necessária a apresentação do contrato de trabalho ou documento específico que comprove estar o médico estrangeiro a serviço do governo brasileiro, bem como os demais documentos exigidos para inscrição no respectivo conselho.

§ 3º Deverá constar na carteira profissional expedida pelo Conselho Regional de Medicina o período de validade da inscrição, coincidente com o tempo de duração do respectivo contrato de trabalho.

Art. 5º Os programas de ensino de pós-graduação, vedada a Residência Médica, oferecidos a cidadãos estrangeiros detentores de visto temporário, que venham ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), e aos brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdades no exterior, porém não revalidado, deverão obedecer as seguintes exigências:

I - Os programas deverão ser preferencialmente desenvolvidos em unidades hospitalares diretamente ligadas a instituições de ensino superior que mantenham programas de Residência Médica nas mesmas áreas, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);

II - Os cursos não enquadrados no inciso anterior deverão ter avaliação, autorização e registro no CFM;

a) Para o cumprimento desse inciso será criada comissão especial, sob direção da 2ª vice-presidência do CFM.

III - O número de vagas reservadas para o ensino em pós-graduação previsto no caput deste artigo poderá variar de uma vaga até o máximo de 30% (trinta por cento) do total de vagas disponibilizadas para médicos legalmente inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina;

IV - O programa de curso deverá ter duração e conteúdo idênticos ao previsto para programas autorizados pela CNRM para cada especialidade;

V - Não poderá haver qualquer tipo de extensão do programa, mesmo que exigida pelo país expedidor do diploma;

VI - Os atos médicos decorrentes do aprendizado somente poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob supervisão direta de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que assumirão a responsabilidade solidária pelos mesmos;

VII - É vedada a realização de atos médicos pelo estagiário fora da instituição do programa, ou mesmo em atividades médicas de outra natureza e em locais não previstos pelo programa na mesma instituição, sob pena de incorrer em exercício ilegal da Medicina, tendo seu programa imediatamente interrompido, sem prejuízo de outras sanções legais;

VIII - No certificado de conclusão do curso deverá constar o nome da área do programa, período de realização e, explicitamente, que o mesmo não é válido para atuação profissional em território brasileiro;

IX - A revalidação do diploma de médico em data posterior ao início do curso não possibilita registro de especialidade com esse certificado – caso em que é possível a habilitação para prova com o objetivo de obtenção de título de especialista, conforme legislação em vigor.

Art. 6º O médico estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, no que couber, participarão do programa de ensino de pós-graduação desejado, nos termos do artigo anterior, somente quando cumprirem as seguintes exigências:

I - Possuir o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, nos termos da Resolução CFM nº 1.831/08;

II - Submeter-se a exame de seleção de acordo com as normas estabelecidas e divulgadas pela instituição de destino;

III - Comprovar a conclusão de graduação em Medicina no país onde foi expedido o diploma, para todos os programas;

IV - Comprovar a realização de programa equivalente à Residência Médica brasileira, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a [Resolução CFM nº 1.634/02](#) e a [Resolução CNRM nº 5/03](#);

V - Comprovar a posse de recursos suficientes para manter-se em território brasileiro durante o período de treinamento.

Parágrafo único. Caberá à instituição receptora decidir pela equivalência à Residência Médica brasileira dos estágios realizados no país estrangeiro de origem do candidato, bem como o estabelecimento de outros critérios que julgar necessários à realização do programa.

Art. 7º Os Conselhos Regionais de Medicina devem tomar ciência da presença de cidadão estrangeiro e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação em sua jurisdição, mediante comunicação formal e obrigatória do diretor técnico, preceptor ou médico investido em função semelhante, da instituição que pretenda realizar os referidos cursos.

§ 1º Os cidadãos referidos no *caput* deste artigo terão autorização para freqüentar o respectivo programa após verificação do cumprimento das exigências desta resolução e da homologação pelo plenário do Conselho Regional de Medicina, posteriormente encaminhada à instituição solicitante.

§ 2º O registro da autorização prevista no parágrafo anterior será feito no prontuário do médico responsável pelo programa e no prontuário da instituição onde o mesmo será realizado.

§ 3º Haverá, nos Conselhos Regionais de Medicina, registros dos cidadãos estrangeiros e de brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação, cujo controle será feito em livro próprio, contendo a seguinte sigla e numeração seqüencial: Estudante médico estrangeiro nº ___ - UF, data de início e término do curso, sem emissão de qualquer tipo de carteira ou identificação do registrado e sem pagamento de anuidade, devendo ser comunicado ao professor responsável pelo curso o número previsto no livro, para confecção de carimbo com esses dados.

§ 4º Os Conselhos Regionais de Medicina devem comunicar ao Conselho Federal de Medicina a presença de médico estrangeiro e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação.

§ 5º Os estudantes médicos estrangeiros participantes de programa de ensino de pós-graduação poderão executar, sob supervisão, os atos médicos necessários ao seu treinamento e somente em unidade de ensino a que estiver vinculado, ficando o preceptor responsável pelo mesmo perante o Conselho Regional de Medicina.

Art. 8º O estrangeiro, detentor de visto temporário na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), que tiver concluído o curso de Medicina em faculdade brasileira somente poderá inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina e exercer legalmente a profissão se obtiver o visto permanente.

Parágrafo único. Os candidatos, caracterizados no caput deste artigo, aos cursos de ensino em pós-graduação previsto nesta resolução deverão submeter-se às exigências contidas nos artigos 5º e 7º desta resolução.

Art. 9º O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, não pode cursar Residência Médica no Brasil.

Parágrafo único. O brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade estrangeira só poderá cursar a Residência Médica no Brasil após cumprir o disposto no *caput* do artigo 2º desta resolução.

Art. 10. Os editais para a seleção de candidatos, promulgados pelas instituições mantenedoras de programas de Residência Médica, devem observar o disposto nesta resolução.

Art. 11. Ficam revogados o [Parecer CFM nº 3/86](#), as Resoluções CFM nºs [1.615/01](#), [1.630/01](#), [1.669/03](#) e [1.793/06](#) e demais disposições em contrário.

Art. 12. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de janeiro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.832/08

A Resolução CFM nº 1.615/01, aprovada com base no Parecer CFM nº 26/00, teve o mérito de reunir toda a jurisprudência até então existente e regulamentar as atividades profissionais dos cidadãos estrangeiros e dos brasileiros formados em faculdades de Medicina no exterior.

No entanto, durante sua vigência, alguns problemas foram detectados e exigiam solução. Como decorrência, vários debates foram realizados e o ponto mais destacado foi a proibição de os médicos estrangeiros, que vinham ao Brasil na condição de estudantes (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), realizarem atos médicos. Foi observado que certos programas de pós-graduação exigem a prática médica, notadamente nas especialidades cirúrgicas.

A legislação que trata da Residência Médica e a Lei dos Estrangeiros proíbem que os médicos estrangeiros com visto temporário cursem essa modalidade de pós-graduação, justo a que mais utiliza o treinamento em serviço. Ocorre que, com 80% a 90% do tempo dedicado à prática de atos médicos, a Residência Médica pressupõe responsabilidades técnicas e éticas que só os médicos habilitados e regularmente inscritos nos Conselhos de Medicina podem assumir.

Com a proibição de realização de atos médicos em qualquer programa de pós-graduação, explicitada na Resolução CFM nº 1.615/01, os médicos estrangeiros que procurassem nosso país para aperfeiçoar seus conhecimentos não conseguiriam alcançar seus objetivos.

A Resolução CFM nº 1.630/01, que modificou o artigo 7º da resolução anterior, permitindo a realização de Residência Médica do estrangeiro com visto temporário no país desde que houvesse cursado Medicina em instituição de ensino pátrio, ou estivesse realizando Residência com possibilidade de pós-opção, ou continuidade do terceiro ano optativo, garantiu direitos adquiridos, mas não conseguiu resolver o problema.

Além do mais, o fato de ter cursado Medicina em faculdade brasileira não dá ao médico estrangeiro com visto temporário o direito legal de cursar Residência Médica. Para fazê-la, é indispensável que esteja inscrito no Conselho Regional de Medicina, porém o visto temporário impede o registro, por força de lei.

Várias reuniões com setores da Academia ocorreram com o objetivo de encontrar os caminhos capazes de superar os problemas sem, contudo, ferir a legislação em vigor. Verificou-se que a polêmica não se atinha à realização da Residência Médica pelo médico estrangeiro. Houve concordância de que a legislação restringe tal modalidade de pós-graduação aos médicos brasileiros ou aos estrangeiros com visto permanente, todos com inscrição regular nos Conselhos de Medicina. Restava, então, buscar a regulamentação ideal que contemplasse os demais cursos de pós-graduação, tornando viável o aprendizado para os colegas de outros países que procuravam a fonte do saber na medicina pátria.

Regulamentou-se, então, a prática de atos médicos pelo médico estudante estrangeiro, ao mesmo tempo em que vários cuidados foram tomados para evitar o exercício ilegal da Medicina, a exploração da mão-de-obra desse profissional por entes inescrupulosos e a assunção explícita da responsabilidade solidária pelos preceptores perante os atos praticados.

A Resolução CFM nº [1.669/03](#) estabelecia critérios para que os médicos estrangeiros pudessem realizar cursos de pós-graduação no Brasil, sem participar da Residência Médica, cuja legislação específica restringe sua realização aos médicos brasileiros e estrangeiros com visto permanente no país, devidamente registrados nos Conselhos de Medicina.

Em muitos hospitais-escola esses estagiários estão presentes, cursando pós-graduação. Porém, os coordenadores e preceptores têm consultado o CFM acerca dos procedimentos com pertinência à prescrição, solicitação de exames, participação em atividades cirúrgicas e preenchimento de prontuários no serviço onde o médico estudante, dito estagiário, realiza sua pós-graduação.

Na verdade, a resolução supracitada não contemplou tais possibilidades e para poder realizar a parte prática do curso de pós-graduação o estagiário terá que praticar o ato médico, mesmo restrito exclusivamente àquele serviço – resultado do fato de que não se pode aprender Medicina sem praticá-la. É necessário ir da semiótica à terapêutica.

O assunto foi levantado em reunião de Diretoria realizada em 4 de maio de 2006, na qual se decidiu alterar a Resolução nº [1.669/03](#), permitindo aos médicos enquadrados nessa situação específica, com controle em livro específico, o direito de praticar o ato médico dentro do serviço para o qual está autorizado – mas somente neste.

Entretanto, a aprovação da Resolução nº 1.793/06 não resolveu o problema, trazendo mais equívocos do que acertos. Por isso, fez-se necessária a edição de nova resolução.

A elaboração dessa nova resolução tem como fulcro, notadamente, a consolidação das normas explicitadas no texto das Resoluções CFM nºs 1.669/03 e 1.793/06. A primeira “Dispõe sobre o exercício profissional e os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira” e a segunda altera o seu artigo 7º com o claro objetivo de definir como se dará a forma de registro dos médicos estrangeiros e de brasileiros com diplomas obtidos em faculdade no exterior, participantes dos cursos de pós-graduação para estrangeiros, etapa de extrema necessidade para o devido conhecimento da existência dos mesmos, pelos órgãos de fiscalização e normatização da prática médica no Brasil, nos vários programas de cursos de pós-graduação para estrangeiros existentes em nosso país.

Há, ainda, outros elementos que necessitavam ficar definitivamente esclarecidos pela Resolução CFM nº 1.669/03 e que não tinham sido definidos com suficiente clareza no texto da Resolução CFM nº 1.615/01. Diferentemente do médico residente, o qual tem direitos e deveres profissionais plenos em virtude de estar legalmente registrado no Conselho de Medicina do seu estado de atuação, o treinando participante dos programas de pós-graduação para estrangeiros, ou

seja, estagiário, que não possui as prerrogativas legais de médico para atuar em território brasileiro, terá os seus espaços de atuação para o desempenho dos atos médicos, necessários nas atividades práticas do estágio, limitados àqueles oferecidos pela instituição de ensino superior, como também a obrigatoriedade de um médico responsável por seus atos perante o Conselho Regional de Medicina, que será o preceptor responsável pelo referido estágio.

Outro fator motivador para a tomada de decisão que culminou com a elaboração da presente resolução, secundário, mas não menos importante, foi a presença de duas resoluções vigentes definindo normas para um mesmo assunto, fato que vem provocando interpretações dúbias quando se analisa o mesmo mérito, na medida em que se coteja uma ou outra das resoluções em vigor.

Essas diferenças de entendimento, quando se põe em prática a aplicação das normas explicitadas pelos textos das duas resoluções em vigor, estão fulcradas em alguns fatos centrais para o entendimento correto do mérito contido nas normas que dispõem sobre o exercício profissional e os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado no exterior.

No parágrafo 5º do artigo 7º da Resolução CFM nº 1.669/03, acrescentado pela Resolução CFM nº 1.793/06, necessita-se explicitar que os programas de Residência Médica, com legislação específica, não fazem parte dos “cursos de pós-graduação” citados.

Na justificativa da Resolução CFM nº 1.793/06 houve equívoco conceitual quando se afirma que a Resolução nº 1.669/03 “permite ao médico cumprir, dentro de um programa de Residência Médica, sua especialização”. Na verdade, seu único mérito é o de que o médico estrangeiro e o médico brasileiro com título obtido no exterior e ainda sem revalidação poderão participar de cursos de pós-graduação, onde a quase totalidade da carga horária é prática e, conseqüentemente, deverão desempenhar atos próprios dos médicos devidamente habilitados para tal, mas o que diferencia, fundamentalmente, esses médicos-estudantes, treinandos ou estagiários, é a limitação do espaço onde poderão desempenhá-los: somente na área restrita do serviço onde realizam o estágio.

Outra variável que diferencia esses estagiários dos médicos residentes é a sua responsabilidade profissional. No caso dos residentes, assumem responsabilidade compartilhada com os seus preceptores – em virtude da condição de profissional habilitado. No caso do pós-graduando estrangeiro ou brasileiro com diploma de Medicina obtido no exterior e ainda não revalidado, a responsabilidade pelos atos praticados, perante os Conselhos de Medicina, é de competência exclusiva dos preceptores do estágio. Nesse sentido, para dirimir qualquer dúvida, necessário faz-se modificar o artigo 5º da Resolução CFM nº 1.669/03, inciso 5, no qual está explicitado que a responsabilidade do preceptor dos estágios de pós-graduação é *solidária*. Na verdade, a responsabilidade sobre os atos médicos praticados pelos estagiários é total e exclusiva dos referidos preceptores, em virtude, como dito anteriormente, dos estagiários não estarem habilitados para exercer a medicina no Brasil.

Fica claro, pelas análises acima relacionadas, que tanto a Residência Médica como os estágios de pós-graduação para médicos estrangeiros e para brasileiros com diploma obtido no exterior e ainda não revalidado são treinamentos em serviço que têm características semelhantes no conteúdo, mas totalmente diferentes no que diz respeito, basicamente, à autonomia do estagiário e à limitação de seus espaços de atuação.

A legislação que trata da Residência Médica e o Estatuto dos Estrangeiros proíbem que os médicos estrangeiros com visto temporário a cursem. A Residência Médica pressupõe responsabilidades técnicas e éticas que só os médicos habilitados e regularmente inscritos nos Conselhos de Medicina podem assumir. No caso de médicos estrangeiros e cidadãos brasileiros que obtiveram o título de médico no exterior, a revalidação do mesmo, junto a uma escola médica pública, é condição *sine qua non* para a devida inscrição no Conselho Regional de Medicina, fato que o habilita para o exercício profissional.

Com a supracitada proibição de realizar atos médicos em programas de Residência Médica, os médicos estrangeiros e brasileiros com títulos obtidos no exterior e ainda não revalidados, que procurassem nosso país para aperfeiçoar conhecimentos, não conseguiriam alcançar seus objetivos. Paralelamente, é de vital importância para a medicina brasileira contribuir com o crescimento, desenvolvimento, aperfeiçoamento e qualificação da assistência médica de nossos países irmãos, notadamente os da América do Sul e África – o que torna urgente realizar as correções necessárias para o total esclarecimento da norma tocante aos cursos de pós-graduação para estrangeiros e brasileiros com diplomas obtidos no exterior.

Outro item importante diz respeito ao certificado de conclusão do programa, no qual deve constar que o mesmo não é válido para registro e atuação profissional em território brasileiro.

Esta redação regulamenta também a situação do cidadão brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade estrangeira. Note-se que a expressão “médico estrangeiro e médico brasileiro” foi omitida, procurando-se evitar qualquer discriminação entre essas supostas “categorias” de médico. Na verdade, a compreensão é a de que o brasileiro que se forma em Medicina no exterior é cidadão brasileiro, mas sua condição de médico é a mesma do médico estrangeiro, até que seu diploma seja revalidado no Brasil, na forma da lei. Enquanto tal não acontece, não lhe conferirá o mesmo status do médico brasileiro – o qual, uma vez registrado no CRM, está apto a exercer a medicina em território pátrio em toda a sua plenitude, tendo garantidas a liberdade e autonomia para a execução dos atos médicos.

É necessário registrar que para a elaboração destas normas várias tentativas foram feitas, inclusive o desdobramento em duas resoluções distintas: uma específica sobre Residência Médica e outra regulamentadora dos cursos de pós-graduação para médicos estrangeiros, detentores de visto temporário e que viessem ao Brasil na condição de estudantes (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), e brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém ainda não revalidado. Apesar dos esforços para tentar cumprir o decidido pelo pleno nacional, percebemos ao longo do trabalho que a separação da norma em duas tornava ainda mais confusa, propícia a equívocos de interpretação similares aos que foram justamente o objeto de revisão das resoluções existentes. Não há como tratar da regulamentação das atividades dos médicos estrangeiros e dos brasileiros formados no exterior sem mencionar a Residência Médica, que possui legislação específica bastante clara, dispensando resolução para regulamentá-la isoladamente.

Desse modo, buscando corrigir os fatores geradores de equívocos e conflitos existentes nas normas anteriores que regulamentavam o assunto, a presente resolução atende fielmente aos anseios dos colegas estrangeiros, bem como aos colegas brasileiros que ainda não revalidaram o título obtido no exterior e que estão em busca do necessário aprimoramento profissional, e também respalda o compromisso da medicina brasileira no que diz respeito a sua contribuição com a qualificação da assistência médica nos países irmãos.

Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.833/2008

(Publicada no D.O.U., 27 de fevereiro de 2008, Seção I, pg. 151)

Regulamenta a organização dos Serviços Médicos em instituições esportivas e dá outras providências.

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 que o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho;

CONSIDERANDO que o médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da medicina;

CONSIDERANDO que as relações do médico com os demais profissionais em exercício na área da saúde devem basear-se no respeito mútuo, liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente;

CONSIDERANDO que é direito do médico recusar-se a exercer a sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente;

CONSIDERANDO que o médico deve preservar as prerrogativas e direitos referentes ao segredo médico e à privacidade do paciente, de acordo com os artigos 102, parágrafo único, 104, 105 e 107 do Código de Ética Médica e art. 5º, inciso X, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que a Medicina do Esporte é uma especialidade médica com peculiaridades específicas;

CONSIDERANDO o Fórum Nacional de Ética em Medicina Esportiva, realizado na Associação Paulista de Medicina nos dias 19 e 20 de abril de 2006, no qual foram amplamente discutidos todos os aspectos correlacionados à prática da Medicina Esportiva, com a participação dos diversos segmentos envolvidos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 20 de fevereiro de 2008,

RESOLVE

Art. 1º A atividade médica em instituições que se destinem à prática desportiva para competições oficiais deve ter observada a existência funcional de Serviço Médico com responsável técnico inscrito no CRM da jurisdição.

§ 1º A estrutura mínima, fixa ou móvel, do Serviço Médico deverá ser relacionada pela Câmara Técnica de Medicina do Esporte do CFM e aprovada pelo plenário do Conselho Federal de Medicina.

§ 2º A estrutura prevista no parágrafo anterior poderá ser própria ou garantida por convênio com outra instituição.

Art. 2º Quando da previsão de equipe multiprofissional de saúde na estrutura da instituição, o médico responsável técnico pelo Serviço Médico deverá exercer a coordenação, guardadas as prerrogativas de cada profissão fixadas em lei, sempre objetivando o melhor atendimento do atleta.

Art. 3º O responsável técnico pelo Serviço Médico deve também ser o responsável pela organização, manutenção e confidencialidade de um setor de fichas e prontuários médicos relativos aos atletas da instituição.

Art. 4º Todos os procedimentos referentes à saúde do atleta devem constar nas fichas ou prontuários.

§ 1º A cópia do prontuário com relatório médico deve ser entregue ao atleta, sob recibo, quando de sua demissão, transferência ou convocação para selecionado.

§ 2º Os originais devem permanecer nos arquivos do Serviço Médico da instituição, conforme determina a Resolução CFM nº 1.821/07, em seus artigos 6º, 7º e 8º.

Art. 5º É vedada ao médico a revelação do diagnóstico ou tratamento de doença do atleta, a não ser sob autorização expressa, escrita em documento próprio e anexada ao prontuário.

Art. 6º O médico deve limitar sua comunicação à Comissão Técnica da instituição quanto à aptidão ou inaptidão do atleta para a prática esportiva, bem como o tempo estimado para sua recuperação e retorno à atividade.

Parágrafo único. A comunicação acima mencionada deve ser feita por escrito e com cópia anexada ao prontuário médico do atleta.

Art. 7º O Serviço Médico da instituição deve, além de documentar as condições clínicas da admissão, elaborar plano de avaliação periódica dos atletas com vistas a um seguimento de desempenho na atividade.

Art. 8º O Serviço Médico deve comunicar aos atletas, por escrito e sob recibo, a listagem de substâncias que contenham ingredientes considerados como "doping".

Art. 9º O responsável técnico pelo Serviço Médico deve fazer cumprir esta resolução.

Art. 10. Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 11. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 20 de fevereiro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.833/08

A prática do esporte como competição nas esferas do amadorismo ou profissionalismo é decididamente vocação dos países que evoluem na escala de desenvolvimento socioeconômico. Nesse aspecto, é de capital importância um planejamento global das instituições que se dediquem à formação e manutenção de atletas, não só para melhor desempenho da atividade desportiva como para a adequação e segurança física dos praticantes.

Ultimamente, conforme ampla divulgação midiática, ocorreram graves problemas envolvendo atletas, inclusive com óbitos, evidenciando-se a frágil estrutura de acompanhamento dos mesmos, infelizmente com repercussão na área médica, menos em virtude de competência de profissionais e mais em virtude de deficiente organização estrutural das instituições desportivas.

Atente-se que a Lei nº 9.981, de 14 de julho de 2000, prevê em seu art. 34 (para atletas profissionais), como dever da entidade empregadora:

“III – Submeter os atletas profissionais aos exames médicos e clínicos necessários à prática desportiva”.

Ressalte-se, ainda, o fato de que casos de divulgação de afecções dos atletas estão adquirindo proporções incontroláveis, atingindo o direito à privacidade, garantido nos artigos 102, parágrafo único, 104, 105 e 107 do Código de Ética Médica e art. 5º, inciso X, da Constituição Federal.

Em nosso âmbito, foi criada a Câmara Técnica de Medicina do Esporte, com representação, além do Conselho Federal de Medicina, da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, da Federação das Associações dos Atletas Profissionais e da Associação Médica Brasileira.

Recentemente, no Fórum Nacional de Ética em Medicina Esportiva, realizado na Associação Paulista de Medicina nos dias 19 e 20 de abril de 2006, discutiu-se de forma ampla todos os aspectos correlacionados à prática da Medicina do Esporte, com participação dos diversos segmentos envolvidos. As matérias discutidas e aprovadas serviram de base para a elaboração de pertinente resolução do Conselho Federal de Medicina.

Frise-se, ainda, que a Medicina do Esporte apresenta peculiaridades específicas que justificam uma resolução para normatizar a sua prática.

Brasília-DF, 20 de fevereiro de 2008

MARCO ANTONIO BECKER

Coordenador da Câmara Técnica de Medicina do Esporte

Resolução CFM N º 1.834/2008

(Publicada no D.O.U. de 14 de março de 2008, Seção I, pg. 195)

As disponibilidades de médicos em sobreaviso devem obedecer normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do Corpo Clínico sobre sua participação ou não nessa atividade. A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada.

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

CONSIDERANDO que a disponibilidade em sobreaviso é prática utilizada em muitos serviços médicos, objetivando otimizar o atendimento das variadas especialidades;

CONSIDERANDO a necessidade de se regulamentar a prática da disponibilidade em sobreaviso;

CONSIDERANDO que é direito do médico receber remuneração pela disponibilidade dos seus serviços profissionais;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 19/03, base da fundamentação desta resolução;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.451/95;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada no dia 21 de fevereiro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não-presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da presença de médico no local nas vinte e quatro horas, com o objetivo de atendimento continuado dos pacientes, independe da disponibilidade médica em sobreaviso nas instituições de saúde que funcionam em sistema de internação ou observação.

Art. 2º A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados.

Parágrafo único. A remuneração prevista no caput deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada.

Art. 3º O médico de sobreaviso deverá ser acionado pelo médico plantonista ou por membro da equipe médica da instituição, que informará a gravidade do caso, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento, e anotará a data e hora desse comunicado no prontuário do paciente.

Parágrafo único. Compete ao diretor técnico providenciar para que seja afixada, para uso interno da instituição, a escala dos médicos em disponibilidade de sobreaviso e suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Art. 4º Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada até a chegada do médico de sobreaviso, quando ambos decidirem a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Art. 5º Será facultado aos médicos do Corpo Clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de disponibilidade em sobreaviso, nas suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Parágrafo único. Os regimentos internos das instituições de saúde não poderão vincular a condição de membro do Corpo Clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidades em sobreaviso.

Art. 6º Compete ao diretor técnico e ao Corpo Clínico decidir as especialidades necessárias para disponibilidade em sobreaviso, de acordo com a legislação vigente.

Art. 7º Cabe aos diretores técnicos das instituições o cumprimento desta resolução.

Art. 8º Fica estipulado o prazo de 6 (seis) meses, a partir da publicação desta resolução, para a adequação dos serviços nela referidos, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 21 de fevereiro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.834/08

A disponibilidade de médicos em sobreaviso é prática adotada nos diversos serviços de assistência médica, públicos ou privados, em todo o país. Caracteriza-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados. O médico em disponibilidade de sobreaviso, quando acionado, está obrigado a se deslocar até o hospital para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas, devendo ser devidamente remunerado, quer pelo SUS, por convênios em geral ou, mesmo, por clientes particulares.

Poucos hospitais, em geral localizados nos grandes centros urbanos, conseguem manter em seus plantões de emergência um contingente de 20 a 25 especialistas. Para a esmagadora maioria das unidades, uma decisão desse tipo inviabilizaria a prestação dos serviços, tanto do ponto de vista econômico quanto pela inexistência de profissionais disponíveis em todas as localidades.

Nas unidades de Pronto-Socorro, o atendimento às emergências deve ser previsto e assegurado nas 24 horas do dia, com alocação de recursos humanos conforme estabelecido na Resolução CFM nº 1.451/95.

Outras especialidades médicas não exigidas in locum podem, entretanto, estar disponíveis por intermédio do sobreaviso previamente definido, o que atenderia perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não-eletiva, além de não acarretar prejuízo ou riscos aos pacientes.

Geralmente, são especialistas que atuam num segundo momento, após a ação do plantonista que presta o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições de suporte de vida. Esta característica de médico de segunda linha na atenção a uma emergência é que permite a adoção de disponibilidade em sobreaviso, objetivando a otimização do atendimento.

No Parecer CFM nº 19, de 12 de dezembro de 1993, assim pronuncia-se o conselheiro Nilo Fernando Rezende Vieira:

"As características de cada cidade, de cada hospital e o número de especialistas disponíveis tornam heterogênea a organização deste tipo de trabalho. Um hospital de grande porte, de uma grande cidade, geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. Já uma pequena cidade, como faria para manter tal leque de especialistas de plantão? A existência de "plantão a distância" – sobreaviso – é decorrência desta heterogeneidade de formas de organização. Estes plantões, naturalmente, não podem ser impostos e obrigatórios. O acordo entre os profissionais e a administração das instituições é o modo de estabelecer estas formas de prestação de serviços".

Acerca do assunto, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo promulgou resolução específica para regulamentar os plantões de sobreaviso. Denominando-os como "plantões de disponibilidade de trabalho", define-os como "a atividade do médico que permanece à disposição da instituição, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado por intermédio de pager, telefone ou outro meio de comunicação, tendo condições de atendimento pronto e pessoal".

Decide, ainda, que o médico de sobreaviso só poderá ser acionado pela equipe médica do local, determinando ao plantonista que tomou tal decisão que "permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência". E enfatiza que "a responsabilidade pelas eventuais falhas de atendimento em decorrência dessa prática será assumida em conjunto pela instituição e pelo médico contratado". Por fim, ressalva que a resolução não abrange a atividade médica em Pronto-Socorro, já regulamentada pela Resolução CFM nº 1.451/95.

Há resoluções outras sobre o assunto – tais como as do CRM-RJ, CRM-CE, CRM-SP, CRM-PR e CRM-ES – que, pelo exposto, possibilitam verificar que a disponibilidade em sobreaviso é uma realidade nacional e tem o condão de suprir as necessidades de diferentes localidades no tocante à assistência médica. No entanto, sua regulamentação deve estar sujeita a normas rígidas e claras, não apenas para evitar eventual omissão de socorro e prejuízo no atendimento à população, mas também para a segurança e garantia do próprio médico.

Desse modo, opinamos pela aprovação de resolução por este Conselho, a fim de regulamentar o plantão de sobreaviso, para que as instituições de saúde possam ter um correto parâmetro para a eventual adoção dessa modalidade de prestação de serviços.

ANTÔNIO GONÇALVES PINHEIRO

Conselheiro relator

Resolução CFM N º 1.836/2008

(Publicada no D.O.U. de 14 de março de 2008, Seção I, pg. 195)

É vedado ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

Considerando que cabe ao Conselho Federal de Medicina e aos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética e o exercício da medicina e zelarem pelo prestígio e pelo bom conceito da profissão em toda a República;

Considerando que o artigo 9º do Código de Ética Médica determina que a medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio;

Considerando o Parecer CFM nº 34/01 do Conselho Federal de Medicina, o qual conclui que “estão passíveis de procedimentos apuratórios os médicos que beneficiam-se de encaminhamento de pacientes por empresas que praticam financiamentos e parcelamentos de honorários”;

Considerando que por todo o país anunciam-se empresas de intermediação e financiamento de atos médicos, inclusive com teores antiéticos, expondo imagens de paciente em diversos meios de comunicação, com infração prevista à Resolução CFM nº 1.701/03;

Considerando que esta publicidade de venda de procedimentos financiados pressupõe a finalização de compromisso generalizando resultados e prometendo o total sucesso do tratamento;

Considerando o contido na Resolução CFM nº 1.716/04, anexo, capítulo I, artigo 3, parágrafo único, letra E, que prevê a obrigatoriedade de inscrição para empresas que atuem na intermediação de serviços de assistência a saúde;

Considerando que aos médicos cabem responsabilidades intransferíveis, inclusive na observação da legalidade da instituição com a qual mantém relacionamento profissional;

CONSIDERANDO a fundamentação anexa a esta resolução;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária de 22 de fevereiro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

Art. 2º Quando do atendimento de pacientes é responsabilidade integral, única e intransferível do médico o diagnóstico das doenças ou deformidades, a indicação dos tratamentos e a execução das técnicas.

Art. 3º Cabe ao médico, após os procedimentos de diagnóstico e indicação terapêutica, estabelecer o valor e modo de cobrança de seus honorários, observando o contido no Código de Ética Médica, referente à remuneração profissional.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.836/08

É indiscutível que a relação médico-paciente é a pedra fundamental da nossa atividade profissional.

Desde os mais remotos tempos, mesmo quando o caráter místico da doença ou deformidade significava castigo ao homem, a confiança depositada em quem trazia conforto já era o centro e a maior possibilidade para a mitigação do sofrimento.

Meirelles Gomes, em As bases éticas da relação médico-paciente, cita que dentre os pontos críticos nesse aspecto vê-se:

“(…) a autonomia do paciente” é seu direito de ser ouvido, sem imposição de conveniência leiga ou emocional, mas uma vontade cotejada com o conhecimento técnico e o discernimento intelectual do médico”.

Aqui se fazem presentes os seguintes pressupostos:

- a) grau de intencionalidade;
- b) a compreensão que o agente tem do ato;
- c) ausência de coerções/limitações sobre o agente/ato.

Assim sendo, não há como pressupor que tão grande e intrincada relação possa ter origem indireta com influências outras que não médico e paciente, começo e fim do objetivo maior – a saúde.

Ventura de Matos considera que a medicina cirúrgica e seu agente, o cirurgião, devam seguir cânones:

- pela co-responsabilidade
- pela identificação técnica e humana com o caso
- pela prudência
- pelo espírito de equipe
- pela assiduidade
- pelo equilíbrio emocional
- pela noção de limites
- pela habilidade pessoal

A cirurgia plástica no atual estágio de desenvolvimento social trouxe, por um lado, a possibilidade do bem-estar conjugado à melhora do aspecto físico, mas, por outro, alargou desmesuradamente conceitos e generalizou o alcance de resultados. Assim, frente a essa invasão mercadológica que trabalha o maior sentido da vaidade humana, abriu-se um campo fértil para o lucro e a mercantilização. Empresas instalam-se por todo o país oferecendo através de panfletos, outdoors, jornais e mídia eletrônica planos de financiamento para cirurgias plásticas, com vendas de procedimentos fechados:

“Mama aumento importada

24 vezes de R\$ 285,41

ou à vista por R\$ 4.800,00”

“Promoção: abdômen em 24 vezes de R\$ 184,33”

No mesmo endereço eletrônico há depoimentos e fotos de pacientes: “Nome completo da paciente FHM, 35 anos e feliz com suas novas formas”.

A paciente afirma que entrou na S.O. pesando 70,40kg e após o médico retirar gordura da barriga, costas, estômago e cintura, pesou 58kg na semana seguinte.

Em recente ofício da Secretária de Defesa e Cidadania, Fundação Procon-SP, a sra. Miriam Trevisan Nassif, diretora de Atendimento e Orientação ao Consumidor, solicitou manifestação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) sobre a empresa TWN – Assessoria e Assistência em Saúde, afirmando:

“Os consumidores são abordados em shopping center’s e após informarem seus dados um “consultor” comparece em suas residências, faz indicação da cirurgia a ser realizada e no mesmo momento apresenta proposta para os serviços da cirurgia plástica recomendados. Ressalte-se que a avaliação médica é feita somente após a adesão ao contrato para

realização de cirurgia plástica. Não há indicação prévia por profissional médico e quando há impedimento médico os consumidores enfrentam dificuldades em reaver os valores pagos”.

Anexa, cópia do “Contrato para realização de cirurgia plástica”.

Esse ofício motivou solicitação de audiência da SBCP com a Comissão de Assuntos Parlamentares AMB-CFM, onde o assunto foi exposto em vista de outro projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional para “consórcio de procedimentos médicos”.

Chegamos então, após análise perfunctória sobre os fatos citados, que necessária se faz uma norma que mesmo vindo reforçar conceitos éticos já detalhados no Código de Ética Médica possa trazer uma resposta para a sociedade e uma base de conduta pontual para médicos, frente a essa avassaladora vulgarização mercadológica de seu trabalho.

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2008

ANTONIO GONÇALVES PINHEIRO

Coordenador da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do CFM

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.841/2008

(Publicada no D.O.U. de 12 maio 2008, Seção I, pág. 76)

Altera o artigo 9º da Resolução CFM nº 1.789, publicada em 16 de maio de 2006, que regulamenta o procedimento administrativo de interdição cautelar do exercício da Medicina.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterada pela Lei nº 11.000/2004, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e a fiscalização do exercício da medicina;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.789/2006;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 16 de abril de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Alterar o artigo 9º da Resolução CFM nº 1.789, de 7 de abril de 2006, que passa a ter a seguinte redação:

§ 1º O procedimento correrá em absoluto sigilo processual.

§ 2º É admitida a publicação do resultado do julgamento, sendo vedada a publicação dos nomes ou quaisquer dados que identifiquem os envolvidos nos processos.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 16 de abril de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.841/08

A fim de tornar claro e objetivo o entendimento da interdição cautelar, o artigo 9º da Resolução CFM nº 1.789, de 7 de abril de 2006, passa a ter a seguinte redação:

Art. 9º Os casos de interdição cautelar ocorridos nos Conselhos Regionais de Medicina serão imediatamente informados ao Conselho Federal de Medicina.

§ 1º O procedimento correrá em absoluto sigilo processual.

§ 2º É admitida a publicação do resultado do julgamento, sendo vedada a publicação dos nomes ou quaisquer dados que identifiquem os envolvidos nos processos.

PEDRO PABLO MAGALHÃES CHAGEL

Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM nº 1.842/08

(Publicado no D.O.U. de 30 abril 2008, Seção I, págs. 208 e 209)

Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.831, de 24 de janeiro de 2008, que altera a inscrição de médico estrangeiro no tocante ao Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa, alterando a exigência de nível avançado para nível intermediário superior e revoga a Resolução CFM nº 1.712, de 22 de dezembro de 2003.

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 que é obrigação da Administração Pública rever seus atos;

CONSIDERANDO o princípio constitucional da eficiência, o qual a Administração Pública deve obedecer;

CONSIDERANDO que é obrigação do Conselho Federal de Medicina expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária realizada em 17 de abril de 2008.

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 3º da Resolução CFM nº 1.831, de 24 de janeiro de 2008, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º Revogam-se as Resoluções CFM nº 1.712/2003 e 1.792/2006 e as demais disposições em contrário.

Art. 2º Os demais artigos da resolução que não foram modificados por esta resolução permanecem inalterados.

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

Brasília-DF, 17 de abril de 2008.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.843/2008

(Publicada em D.O.U. 20 de junho de 2008, Secção I, p. 133)

Dispõe sobre o implante de lente de câmara anterior com suporte iriano como um procedimento usual na prática médica-oftalmológica, para o tratamento de pacientes com altas ametropias e/ou afácicos, para as indicações propostas, ressalvadas as contra indicações referidas.

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 que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO o Parecer CFM Nº 6/08, de 18 de abril de 2008, referente ao uso de lentes de câmara anterior de fixação iriana na correção de altas ametropias;

CONSIDERANDO que segundo a comunidade científica as evidências comprovam os benefícios do tratamento com estes implantes para altas ametropias;

CONSIDERANDO que existe um expressivo número de pacientes que poderão se beneficiar com este tratamento;

CONSIDERANDO, finalmente o decidido na Sessão Plenária de 18 de abril de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Considerar como procedimento terapêutico usual na prática médico-oftalmológica, o tratamento de altas ametropias e paciente afácico, com implantes de lentes de câmara anterior de suporte iriano, de acordo com as indicações e ressalvadas as contra-indicações abaixo:

I – indicações:

a) Erro refrativo: Miopias de -8.00 a -20.00 dioptrias

Hipermetropias de +5.00 a +10.00 dioptrias

II - Exames oftalmológicos pré-operatórios obrigatórios:

a) acuidade visual com e sem correção, refração dinâmica e estática;

b) tonometria;

c) biometria ocular;

d) biomicroscopia do seguimento anterior;

e) microscopia Especular e contagem de células endoteliais;

f) mapeamento de retina;

g) cálculo do poder dióptrico das lentes, que deverá ser realizado de acordo com tabelas fornecidas pelo fabricante;

h) profundidade da Câmara Anterior;

i) equivalente esférico da refração;

j) média ceratométrica.

III - Contra indicações do procedimento:

a) contagem de células endoteliais abaixo de 2.000 cels/mm², para pacientes fácicos e 1.200 para pacientes afácicos;

b) câmara anterior com profundidade abaixo de 3,00 mm;

c) astigmatismo refracional acima de 2,00 dioptrias para o pacientes fácicos;

d) diâmetro pupila, em baixa luminosidade superior a 4,5 mm;

e) pacientes com maculopatias;

f) pacientes com alterações anatômicas da pupila, íris e córnea;

g) antecedentes de uveíte, glaucoma, ou história familiar dessas doenças.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogar o inciso IV do Art. 2º da Resolução CFM nº 1.622/01, publicada no Diário Oficial da União de 6 de junho de 2001.

Brasília-DF, 18 de abril de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária Geral

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.843/08

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia apresentou ao Conselho Federal de Medicina a inclusão do uso de implantes de lentes de câmara anterior com suporte iriano, com finalidades refrativas em pacientes afácicos e fácicos com elevados erros refrativos no rol dos procedimentos usuais da prática oftalmológica.

O Plenário desta Casa aprovou, em Sessão Plenária de 18 de abril de 2008, o Processo-Consulta CFM nº 6/08, no qual somos favoráveis pelo reconhecimento do procedimento como prática oftalmológica usual e não mais experimental.

Desta forma, torna-se necessária a revogação do inciso IV do artigo 2º da Resolução CFM nº 1.622/01.

RAFAEL DIAS MARQUES NOGUEIRA

Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM nº 1.844/2008

(Publicada em D.O.U., 20 de junho de 2008, Seção I, p. 133)

Altera o art. 9º da Resolução CFM nº 1.823, de 8 de agosto de 2007, publicada em 31 de agosto de 2007, que disciplina responsabilidades dos médicos em relação aos procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica e Citopatologia e cria normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera a Lei nº 3.268/57 e

CONSIDERANDO que a odontologia é uma profissão da área da saúde regulamentada por lei, e que dentro da sua área de atividade prevê a existência de laudos histopatológicos odontológicos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 7 de maio de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 9º da Resolução CFM nº 1.823, de 9 de agosto de 2007, passa a vigorar com a seguinte redação:

“ Art. 9º Os médicos solicitantes dos procedimentos diagnósticos devem observar a identificação prevista no artigo 7º desta resolução, recusando-se a aceitar laudos assinados por não médicos, sob pena de assumirem responsabilidade total pelo resultado emitido.

Parágrafo único. Excetuam-se os laudos assinados por odontólogos dentro do campo de ação desta atividade profissional. ”

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revoga-se o artigo 9º da Resolução CFM nº 1.823, de 9 de agosto de 2007.

Brasília-DF, 7 de maio de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LIVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.844/08

Tendo em vista o Ofício CFO nº 4813/07, em que o presidente daquela autarquia reclama do texto da Resolução CFM nº 1.823/07, que disciplina responsabilidades dos médicos em relação aos procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica e Citopatologia e cria normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos, por entender que há dentro das regulamentações do CFO área de competência – Patologia Bucal, onde são feitos exames diagnósticos previstos também nesta resolução. Solicita a modificação por entender que uma nova redação pode corrigir e excetuar a odontologia dentro dos limites previstos em lei.

ANTONIO GONÇALVES PINHEIRO

Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.845/2008

(Publicada no D.O.U. de 15 Jul 2008, Seção I, p. 72)

(Republicada com anexo no D.O.U. 16 Jul 2008, Seção I, p.164-168)

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº [1.785/2006](#), que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

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 o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista;

CONSIDERANDO o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº [1.634/2002](#), de 11 de abril de 2004, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

CONSIDERANDO a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº [1.785/2006](#), de 5 de abril de 2006;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 12 de junho de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/06.

Art. 2º Revogam-se todas as disposições em contrário.

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

Brasília-DF, 12 de junho de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM

ANEXO II
RELATÓRIO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES
CFM/AMB/CNRM

A Comissão Mista de Especialidades (CME), no uso das atribuições que lhe confere o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista, aprova o novo relatório que modifica o Anexo II da Resolução nº 1.785/06 – do qual fazem parte os seguintes itens: 1) Normas orientadoras e reguladoras; 2) Relação das especialidades reconhecidas; 3) Relação das áreas de atuação reconhecidas; 4) Titulações e certificações de especialidades médicas e 5) Certificados de áreas de atuação.

1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS

- a) O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação;
- b) A CME não reconhecerá especialidade médica com tempo de formação inferior a dois anos e área de atuação com tempo de formação inferior a um ano;
- c) A CNRM somente autorizará programas de Residência Médica nas especialidades listadas no item 2 deste relatório;
- d) As áreas de atuação previstas pela CME e listadas no item 3 terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e/ou CNRM;
- e) O tempo de formação de especialidade médica ou área de atuação, tanto para a CNRM como para a AMB, será o previsto neste relatório, respeitados os pré-requisitos necessários;
- f) Cabe à CNRM autorizar e disciplinar ano opcional com o mesmo nome dos programas de Residência Médica, para complementação da formação, mediante solicitação da instituição e com a devida justificativa e comprovação da capacidade e necessidade de sua implantação;
- g) A AMB emitirá apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME;
- h) Em seus editais de concurso para título de especialista ou certificado de área de atuação, a AMB deverá observar o tempo mínimo de formação na especialidade ou área de atuação constante neste relatório;
- i) A área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente será criada ou mantida após consenso entre as respectivas Sociedades;
- j) Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais Sociedades serão únicos e contarão, na sua elaboração, com a participação de todas as Sociedades vinculadas;
- k) Os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela CME;
- l) Os registros, junto aos CRMs, obedecerão aos seguintes critérios:
 - 1) Os documentos emitidos pela CNRM ou AMB, prévios à Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos, deverão preservar, no registro, a denominação original;
 - 2) Os documentos emitidos após a Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos serão registrados de acordo com a denominação vigente no ato do registro. Se sofrerem alteração de especialidade para área de atuação, serão registrados por analogia;
- m) Quando solicitada pelo médico, a AMB, por intermédio das Sociedades de Especialidade, deverá atualizar a anterior denominação dos títulos ou certificados para a nomenclatura vigente, cabendo aos CRMs promoverem idêntica alteração no registro existente;
- n) As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs;
- o) O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e duas áreas de atuação;
- p) É proibida aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham o reconhecimento da CME;
- q) A AMB deverá preservar o direito à certificação de área de atuação para as Sociedades que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Citopatologia, Endoscopia Digestiva, Endoscopia Respiratória, Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica;
- r) Todas as demais áreas de atuação receberão certificação, na AMB, via Sociedades de Especialidade;
- s) As Sociedades de Especialidade ou de áreas de atuação reconhecidas ficam obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB.

2) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS

1. ACUPUNTURA
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA
3. ANESTESIOLOGIA
4. ANGIOLOGIA
5. CANCEROLOGIA
6. CARDIOLOGIA
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR
8. CIRURGIA DA MÃO
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
11. CIRURGIA GERAL
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA
13. CIRURGIA PLÁSTICA
14. CIRURGIA TORÁCICA
15. CIRURGIA VASCULAR
16. CLÍNICA MÉDICA
17. COLOPROCTOLOGIA
18. DERMATOLOGIA
19. ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
20. ENDOSCOPIA
21. GASTROENTEROLOGIA
22. GENÉTICA MÉDICA
23. GERIATRIA
24. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
26. HOMEOPATIA
27. INFECTOLOGIA
28. MASTOLOGIA
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
30. MEDICINA DO TRABALHO
31. MEDICINA DE TRÁFEGO
32. MEDICINA ESPORTIVA
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
34. MEDICINA INTENSIVA
35. MEDICINA LEGAL
36. MEDICINA NUCLEAR
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
38. NEFROLOGIA
39. NEUROCIRURGIA
40. NEUROLOGIA
41. NUTROLOGIA
42. OFTALMOLOGIA
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
44. OTORRINOLARINGOLOGIA
45. PATOLOGIA
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
47. PEDIATRIA
48. PNEUMOLOGIA
49. PSIQUIATRIA
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
51. RADIOTERAPIA

52. REUMATOLOGIA

53. UROLOGIA

3) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS

1. ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

2. ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA

3. ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

4. ATENDIMENTO AO QUEIMADO

5. CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

6. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

7. CIRURGIA DA COLUNA

8. CIRURGIA DO TRAUMA

9. CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

10. CITOPATOLOGIA

11. DENSITOMETRIA ÓSSEA

12. DOR

13. ECOCARDIOGRAFIA

14. ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

15. ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA

16. ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

17. ENDOSCOPIA DIGESTIVA

18. ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

19. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

20. ERGOMETRIA

21. FONIATRIA

22. GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

23. HANSENOLOGIA

24. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA

25. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

26. HEPATOLOGIA

27. INFECTOLOGIA HOSPITALAR

28. INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

29. MAMOGRAFIA

30. MEDICINA AEROESPACIAL

31. MEDICINA DE URGÊNCIA

32. MEDICINA DO ADOLESCENTE

33. MEDICINA FETAL

34. MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

35. NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

36. NEONATOLOGIA

37. NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

38. NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

39. NEURORRADIOLOGIA

40. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

41. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA

42. NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

43. PERÍCIA MÉDICA

44. PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

45. PSICOGERIATRIA

46. PSICOTERAPIA

47. PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

48. PSIQUIATRIA FORENSE

49. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA

50. REPRODUÇÃO HUMANA

51. REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

52. SEXOLOGIA

53. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

54. ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

4) TITULAÇÕES E CERTIFICAÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ACUPUNTURA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Acupuntura

AMB: Concurso do Colégio Médico de Acupuntura

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Alergia e Imunopatologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Anestesiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANGIOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Angiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CLÍNICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Clinica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CIRÚRGICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Cirúrgica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Pediátrica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Formação: 4 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DA MÃO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Cirurgões

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA PLÁSTICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA TORÁCICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Torácica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA VASCULAR

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Clínica Médica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM COLOPROCTOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Coloproctologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Coloproctologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DERMATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Dermatologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Dermatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOSCOPIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Endoscopia

AMB: Concurso de Sociedade a ser definida

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GASTROENTEROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Gastroenterologia

AMB: Concurso da Federação Brasileira de Gastroenterologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GENÉTICA MÉDICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Genética Médica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Genética Clínica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GERIATRIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Geriatria

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia

AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Hematologia e Hemoterapia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM HOMEOPATIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Homeopatia

AMB: Concurso da Associação Médica Homeopática Brasileira

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM INFECTOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Infectologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Infectologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MASTOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Mastologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Mastologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DO TRABALHO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho

AMB: Concurso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE TRÁFEGO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Tráfego

AMB: Concurso da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA ESPORTIVA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Esportiva

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva

AMB: Concurso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA LEGAL

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Legal

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Medicina Legal

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA NUCLEAR

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Nuclear

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social

AMB: Concurso de Sociedade a ser definida

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEFROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Nefrologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Nefrologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEUROCIRURGIA

Formação: 5 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Neurocirurgia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEUROLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Neurologia

AMB: Concurso da Academia Brasileira de Neurologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NUTROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Nutrologia

AMB: Concurso da Associação Brasileira de Nutrologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM OFTALMOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Oftalmologia

AMB: Concurso do Conselho Brasileiro de Oftalmologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Patologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Pediatria

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Pediatria

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PNEUMOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Pneumologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Psiquiatria

AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: ATUAÇÃO EXCLUSIVA ULTRA-SONOGRAFIA GERAL

Formação: 2 anos

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: ATUAÇÃO EXCLUSIVA RADIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA E ANGIORRADIOLOGIA

Formação: 2 anos

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM RADIOTERAPIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Radioterapia

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM REUMATOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Reumatologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Reumatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM UROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Urologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Urologia

5) CERTIFICADOS DE ÁREAS DE ATUAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em qualquer Programa de Residência Médica (PRM)

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Administração de Saúde

Requisito: Título de Especialista da AMB (TEAMB)

ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Alergia e Imunologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Alergia e Imunologia

TEAMB em Pediatria

ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Cirurgia Vascular ou Angiologia

AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Requisitos: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TEAMB em Cirurgia Vascular

TEAMB em Angiologia

ATENDIMENTO AO QUEIMADO

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Plástica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Requisito: TEAMB em Cirurgia Plástica

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Cardiologia

TEAMB em Pediatria

CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica ou Otorrinolaringologia

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica/Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia

Requisitos: TEAMB em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

TEAMB em Cirurgia Plástica

TEAMB em Otorrinolaringologia

CIRURGIA DA COLUNA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Neurocirurgia ou Ortopedia e Traumatologia

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Neurocirurgia/Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Requisitos: TEAMB em Neurocirurgia

TEAMB em Ortopedia e Traumatologia

CIRURGIA DO TRAUMA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Requisito: TEAMB em Cirurgia Geral

CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral ou Coloproctologia

AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva/Colégio Brasileiro de Cirurgiões/Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Requisitos: TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo

TEAMB em Cirurgia Geral

TEAMB em Coloproctologia

CITOPATOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Patologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Citopatologia

Requisito: TEAMB em Patologia

DENSITOMETRIA ÓSSEA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Endocrinologia e Metabologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Nuclear, Ortopedia e Traumatologia ou Reumatologia

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Requisitos: TEAMB em Endocrinologia e Metabologia

TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

TEAMB em Medicina Nuclear

TEAMB em Ortopedia e Traumatologia

TEAMB em Reumatologia

DOR

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Anestesiologia ou Neurologia

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Anestesiologia/Academia Brasileira de Neurologia

Requisitos: TEAMB em Anestesiologia

TEAMB em Neurologia

ECOCARDIOGRAFIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisitos: TEAMB em Pediatria + certificado de atuação em Cardiologia Pediátrica

TEAMB em Cardiologia

ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia, Cirurgia Vascular ou Angiologia

AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Requisitos: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TEAMB em Diagnóstico por Imagem: atuação Ultra-sonografia Geral

TEAMB em Angiologia

TEAMB em Cirurgia Vascular

TEAMB em Cardiologia + certificado de atuação em Ecocardiografia

ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisito: TEAMB em Cardiologia

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Endocrinologia e Metabologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Endocrinologia e Metabologia

TEAMB em Pediatria

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Endoscopia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Coloproctologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Requisitos: TEAMB em Endoscopia

TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo

TEAMB em Gastroenterologia

TEAMB em Coloproctologia

TEAMB em Cirurgia Geral

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Torácica, Endoscopia ou Pneumologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral

Requisitos: TEAMB em Cirurgia Torácica

TEAMB em Endoscopia

TEAMB em Pneumologia

ERGOMETRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisito: TEAMB em Cardiologia

FONIATRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Otorrinolaringologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia

Requisito: TEAMB em Otorrinolaringologia

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Gastroenterologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Federação Brasileira de Gastroenterologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Gastroenterologia

TEAMB em Pediatria

HANSENOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Dermatologia, Clínica Médica, Infectologia, Neurologia, Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Preventiva e Social

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hansenologia
 Requisitos: TEAMB em Dermatologia
 TEAMB em Clínica Médica
 TEAMB em Infectologia
 TEAMB em Neurologia
 TEAMB em Medicina de Família e Comunidade
 TEAMB em Medicina Preventiva e Social
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
 Formação: 2 anos
 CNRM: Opcional em PRM em Hematologia e Hemoterapia ou Pediatria
 AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia/Sociedade Brasileira de Pediatria
 Requisitos: TEAMB em Hematologia e Hemoterapia
 TEAMB em Pediatria
HEMODYNÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
 Formação: 2 anos
 CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia
 AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia
 Requisito: TEAMB em Cardiologia
HEPATOLOGIA
 Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Gastroenterologia
 AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hepatologia
 Requisito: TEAMB em Gastroenterologia
INFECTOLOGIA HOSPITALAR
 Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Infectologia
 AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Infectologia
 Requisito: TEAMB em Infectologia
INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
 Formação: 2 anos
 CNRM: Opcional em PRM em Infectologia ou Pediatria
 AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Infectologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
 Requisitos: TEAMB em Infectologia
 TEAMB em Pediatria
MAMOGRAFIA
 Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia ou Mastologia
 AMB: Concurso do Convênio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia/Sociedade Brasileira de Mastologia
 Requisitos: TEAMB em Diagnóstico por Imagem: atuação Ultra-sonografia Geral
 TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
 TEAMB em Mastologia
MEDICINA AEROESPACIAL
 Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Medicina de Tráfego ou Clínica Médica
 AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Medicina de Tráfego/Sociedade Brasileira de Clínica Médica
 Requisitos: TEAMB em Medicina de Tráfego
 TEAMB em Clínica Médica
MEDICINA DE URGÊNCIA
 Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica
 AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Clínica Médica
 Requisito: TEAMB em Clínica Médica
MEDICINA DO ADOLESCENTE
 Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Pediatria
 AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Pediatria
 Requisito: TEAMB em Pediatria
MEDICINA FETAL
 Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia
 AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
 Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
 Formação: 2 anos
 CNRM: Opcional em PRM em Medicina Intensiva ou Pediatria
 AMB: Concurso do Convênio Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Brasileira de Pediatria
 Requisitos: TEAMB em Medicina Intensiva
 TEAMB em Pediatria
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
 Formação: 2 anos
 CNRM: Opcional em PRM em Nefrologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Nefrologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Nefrologia

TEAMB em Pediatria

NEONATOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Pediatria

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisito: TEAMB em Pediatria

NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Medicina Física e Reabilitação, Neurologia ou Neurocirurgia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica

Requisitos: TEAMB em Medicina Física e Reabilitação

TEAMB em Neurologia

TEAMB em Neurocirurgia

TEAMB em Pediatria + certificado de atuação em Neurologia Pediátrica

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Neurologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Academia Brasileira de Neurologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Neurologia

TEAMB em Pediatria

NEURORRADIOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Neurologia ou Neurocirurgia

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Requisitos: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TEAMB em Neurologia

TEAMB em Neurocirurgia

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia, Pediatria, Medicina Intensiva, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral

Requisitos: TEAMB em Nutrologia

TEAMB em Pediatria

TEAMB em Medicina Intensiva

TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo

TEAMB em Gastroenterologia

TEAMB em Cirurgia Geral

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral

Requisitos: TEAMB em Nutrologia

TEAMB em Pediatria

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Pediatria/Associação Brasileira de Nutrologia

Requisitos: TEAMB em Nutrologia

TEAMB em Pediatria

PERÍCIA MÉDICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em qualquer PRM

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Perícia Médica

Requisito: TEAMB

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Pediatria ou Pneumologia

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Pediatria

TEAMB em Pneumologia

PSICOGERIATRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria

AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: TEAMB em Psiquiatria
PSICOTERAPIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: TEAMB em Psiquiatria

PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria
Requisito: TEAMB em Psiquiatria

PSIQUIATRIA FORENSE

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: TEAMB em Psiquiatria

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Angiologia, Cirurgia Vascul ar ou Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul ar
Requisitos: TEAMB em Angiologia
TEAMB em Cirurgia Vascul ar
TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

REPRODUÇÃO HUMANA

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia
AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Reumatologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Reumatologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Reumatologia

TEAMB em Pediatria

SEXOLOGIA

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia
AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Hematologia e Hemoterapia
AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
Requisito: TEAMB em Hematologia e Hemoterapia

ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia
AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
OBS: a Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.

ANEXO III

Do funcionamento da Comissão Mista de Especialidades:

- 1) A Comissão Mista de Especialidades só analisará propostas de criação de especialidades e áreas de atuação mediante solicitação da Sociedade de Especialidade, via AMB.
- 2) As solicitações para a criação de área de atuação deverão ser obrigatoriamente acompanhadas dos pré-requisitos necessários.
- 3) A Comissão Mista de Especialidades não analisará pedido de criação de área de atuação com programa inferior a um ano e carga horária inferior a 2.880 horas.
- 4) As propostas recusadas pela Comissão Mista de Especialidades só poderão ser reapresentadas para nova avaliação após cinco anos.
- 5) Só constarão do relatório anual da Comissão Mista de Especialidades as propostas que derem entrada até o último dia útil do mês de abril de cada ano.

6) A Comissão Mista de Especialidades emitirá, anualmente, um relatório aos convenientes, cujo prazo limite é o último dia útil do mês de setembro.

7) A Comissão Mista de Especialidades poderá, a seu critério, emitir recomendações e normativas sobre suas atividades.

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.845/08

De acordo com o convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, em 11 de abril de 2002, nos termos da Resolução CFM nº 1.634/02, a Comissão Mista de Especialidades foi instituída com a finalidade de reconhecer as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação. Ficou estabelecido também que outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades. Assim sendo, atendendo as solicitações de Sociedades de Especialidades e, em conformidade com a deliberação da Comissão Mista, anualmente é realizada a revisão das especialidades médicas reconhecidas bem como das áreas de atuação, podendo ser reconhecidas novas especialidades/áreas de atuação ou a exclusão de outras.

Desta forma, de acordo com o trabalho realizado pela Comissão no decorrer do ano de 2007, foram realizadas as seguintes modificações:

- exclusão das áreas de atuação cirurgia dermatológica e cosmiatria, por solicitação da Sociedade Brasileira de Dermatologia;

- inclusão da endoscopia digestiva como área de atuação da Cirurgia Geral;

- reconhecimento da medicina aeroespacial como área de atuação, tendo como requisitos possuir Título de Especialista em Medicina de Tráfego ou Clínica Médica;

- reconhecimento da perícia médica como área de atuação comum a todas as especialidades médicas.

Todas estas decisões estão documentadas e registradas suas discussões em atas de reuniões ordinárias da Comissão Mista de Especialidades.

ANTONIO GONÇALVES PINHEIRO

Comissão Mista de Especialidades

RESOLUÇÃO CFM nº 1.851/2008

(Publicada no D.O.U. de 18 de agosto de 2008, Seção I, pg. 256)

Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera a Lei nº 3.268/57 e

CONSIDERANDO que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médicos e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários;

CONSIDERANDO que o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais freqüente é a habilitação a um benefício por incapacidade;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 5/08, de 18 de abril de 2008;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 14 de agosto de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 3º** Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as conseqüências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.”

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de agosto de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LIVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.851/2008

A fim de não dar margem a interpretações conflitantes ao artigo 3º da RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002, que normatiza a emissão de atestados médicos, impõe-se a sua revisão, visto que disposições emanadas de instâncias inferiores têm trazido grande discussão no meio médico acerca da atuação, em especial, do médico perito frente ao médico assistente do paciente.

O aludido artigo 3º, estabelece que: “Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- a) especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
- b) estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c) registrar os dados de maneira legível;
- d) identificar-se como emissor mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina”.

Adequando a discussão à constante evolução que sofre nossa sociedade, em especial, na área da Medicina, impõe ao órgão máximo da categoria, em última instância, disciplinar controvérsias reinantes no seio da classe, afastando, assim, eventual ingerência e fatores de conflito na relação médico-paciente e INSS.

Nesse sentido, antes de adentrar ao âmago da discussão, deve-se observar a hierarquia das normas e seus planos hierárquicos, vendo-se que no ápice da pirâmide encontra-se o Conselho Federal de Medicina, tendo na base todos os Conselhos Regionais, que embora detenham autonomia funcional, devem obediência normativa àquele.

A vista disso, se tem que não pode existir ordenamentos conflitantes no seio dos Conselhos Federal e Regionais, disciplinando de forma diversa um mesmo tema.

Dentro dessa ordem de idéias, se faz necessário, para não dizer exigível, manifestação casuística do Conselho Federal acerca do referido artigo, frente à dinâmica dos fatos que se vivenciam.

É necessário que o Conselho Federal, de uma vez por todas, normatize a atuação do médico assistente e do médico-perito frente ao paciente, contudo, convém verificar as figuras desses profissionais, de forma isolada, para se poder concluir o presente trabalho.

Assim, temos que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médicos e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários.

De outro lado, o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais freqüente é a habilitação a um benefício por incapacidade.

A atividade pericial, no âmbito Conselhal e associativo, se constitui hoje em uma área de atuação de todas as especialidades e é regulamentada pela Lei nº 10.876, de 2 de junho de 2004. Esta Lei estabelece que compete privativamente aos ocupantes do cargo de Perito Médico da Previdência Social e, supletivamente, aos ocupantes do cargo de Supervisor Médico-Pericial da carreira, o exercício das atividades médico-periciais inerentes ao Regime Geral da Previdência Social, especialmente:

- I - emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários;
- II - inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários;
- III - caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais; e
- IV - execução das demais atividades definidas em regulamento.

Parágrafo único. Os Peritos Médicos da Previdência Social poderão requisitar exames complementares e pareceres especializados a serem realizados por terceiros contratados ou conveniados pelo INSS, quando necessários ao desempenho de suas atividades.

Em função disso, a atividade médico-pericial, em especial do INSS, tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação de incapacidades laborativas, em face de situações previstas em lei, bem como a análise de requerimentos de diversos benefícios, sejam assistenciais, ou indenizatórios.

Portanto, é imperativo afastar, ou mesmo retirar, a atribuição do médico assistente de “sugerir” ao paciente condutas inerentes e específicas da atuação do médico perito, posto serem distintas as atuações desses profissionais. Expectativa gerada por sugestão, não contemplada pelo entendimento do perito, cria situações, não só de indisposição aos médicos peritos, mas pode gerar agressões físicas, inclusive fatais, como já ocorridas.

Acentua-se forçosamente, que não se pode conferir ao médico assistente a prerrogativa de indicar o benefício previdenciário, conduta inerente à função do médico perito.

Propõe-se, então, retirar a palavra “completa” do item a) do artigo 3º e acrescentar um parágrafo único neste mesmo artigo, normatizando especificamente o atestado para fins de perícia médica.

GERSON ZAFALON MARTINS

Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM nº 1852/2008

(Publicada no D.O.U. de 15 de setembro de 2008, Seção I, pg. 78)

Altera o artigo 1º da [Resolução CFM nº 1.616](#), publicada em 10 de abril de 2001, que trata da vedação de desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Planos de Saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera a Lei nº 3.268/57 e

CONSIDERANDO que o crescimento da existência de pessoas jurídicas constituídas para a execução de atos médicos e que não mantêm contratação de serviços médicos a serem prestados por terceiros, criou-se uma fragilidade na aplicação da Resolução CFM nº 1.616/01;

CONSIDERANDO que atualmente as operadoras de saúde estão formalizando contratos por intermédio de Pessoas Jurídicas;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 14 de agosto de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Alterar o artigo 1º da [Resolução CFM nº 1.616](#), de 10 de abril de 2001, que passa a ter com a seguinte redação:

“Art. 1º É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Plano de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora.

Parágrafo único. Aplica-se também esta vedação em relação a pessoas jurídicas compostas por no máximo dois sócios, sendo obrigatoriamente um deles médico, constituída com o objetivo de execução de atos médicos, e que não mantenham contratação de serviços médicos a serem prestados por terceiros.”

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de agosto de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LIVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1852/2008

A Resolução CFM nº 1.616/01 foi editada com a finalidade de minimizar ações unilaterais por parte de operadoras de planos de saúde no sentido de desligar de seus quadros, médicos credenciados ou referenciados, sem causa motivada e justa.

Esta resolução tem cumprido seu papel de evitar desenlaces não fundamentados, de médicos com seus convênios, ao longo do tempo, desde sua edição.

Contudo, com o crescimento da existência de pessoas jurídicas constituídas para a execução de atos médicos e recebimento dos respectivos honorários – muitas vezes por exigência das empresas - criou-se uma fragilidade na aplicação da Resolução CFM nº 1.616/01.

Essas pessoas jurídicas simples que, na verdade, são médicos trabalhando como pessoas físicas em seus próprios consultórios, já obtiveram o ajuste de sua condição especial pelo CFM, ao reconhecer, nos artigos 5ºs das Resoluções nºs 1.773/05, 1.800/06 e 1.825/07, que tais pessoas jurídicas têm direito a um desconto de 50% (cinquenta por cento) da anuidade prevista para sua categoria de classe de capital social, contida nas mesmas resoluções supramencionadas.

Com base nessa fundamentação e com a constatação de que a Resolução CFM nº 1.616/01 tem sido alvo de burla pelas empresas, com as escusas de que os desligamentos têm ocorrido não com médicos e sim com pessoas jurídicas, portanto sem o abrigo da Resolução CFM nº 1.616/01, é que proponho a adequação da norma estabelecida no sentido de estendê-la aos médicos que se referenciam ou credenciam como pessoas jurídicas nessa particular condição acima referida.

CLÓVIS FRANCISCO CONSTANTINO

Conselheiro Relator

ANTÔNIO GONÇALVES PINHEIRO

Conselheiro Relator de Vista

Resolução CFM N º 1.885/2008

(Publicada no D.O.U. de 22 de outubro de 2008, Seção I, p.90)

É vedado ao médico participar de pesquisa envolvendo seres humanos utilizando placebo, quando houver tratamento disponível eficaz já conhecido.

O **Conselho Federal de Medicina**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

Considerando que cabe ao Conselho Federal de Medicina e aos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética e o exercício da medicina e zelarem pelo prestígio e pelo bom conceito da profissão em toda a República;

Considerando que o artigo 126 do Código de Ética Médica veda ao médico a obtenção de vantagens pessoais, ter interesses comerciais ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe;

Considerando que o artigo 129 do Código de Ética Médica veda a execução ou a participação do médico em pesquisa em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente;

CONSIDERANDO a necessidade do Conselho Federal de Medicina em manter os padrões éticos da Medicina nos níveis mais elevados e, principalmente, na defesa dos interesses dos seres humanos, única e verdadeira razão de ser da Medicina;

CONSIDERANDO que a Declaração de Helsinki, promulgada em 1964 pela Associação Médica Mundial e adotada pela totalidade de seus membros é o documento sobre pesquisas médicas em seres humanos, com maior impacto, dimensão e aceitação em todo o mundo;

CONSIDERANDO o decidido na Assembléia Geral de 2008 da Associação Médica Mundial, realizada nos dias 15 a 18 de outubro, em Seul – Coréia do Sul, que alterou o artigo 29 da Declaração de Helsinki, permitindo o uso de placebo mesmo havendo tratamento reconhecidamente eficaz, por razões metodológicas;

CONSIDERANDO não haver evidências científicas que justifique a complacência ética adotada no uso de placebo pela alteração da atual Declaração de Helsinki;

CONSIDERANDO a não aprovação pela representação médica brasileira das alterações propostas para a nova redação do artigo 29 da Declaração de Helsinki (revisão 2004), renumerado para o artigo 32 na Assembléia de Seul-Coréia do Sul;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária de 23 de outubro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas envolvendo seres humanos, que utilizem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 23 de outubro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE LÍVIA BARROS GARÇÃO

Presidente Secretária-Geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008

(Publicada no D.O.U. de 21 de novembro de 2008, Seção I, p. 271)

Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência".

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre, em qualquer circunstância, em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve envidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução CFM nº 1.802, de 4 de outubro de 2006;

CONSIDERANDO a evolução tecnológica e tendência da realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, buscando a racionalização de custos;

CONSIDERANDO que todo Centro Cirúrgico deve possuir uma sala de recuperação pós-anestésica, com qualidade de leitos, instrumental, equipamentos e material de acordo com o número de salas e complexidade dos procedimentos nele realizados, em cumprimento ao disposto na Portaria nº 1.884/94, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução CREMERJ nº 180/2001 e seu Anexo, que regulamenta, no âmbito de sua jurisdição, as "Normas Mínimas para o funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência";

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução nº 169, de 19 de junho de 1996, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que estabelece Norma Técnica disciplinando o funcionamento dos estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais no âmbito daquela Unidade da Federação;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em Sessão Plenária de 13 de novembro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as "**Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência**", anexas a esta Resolução.

Art. 2º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar internação de curta permanência, deverão estruturar-se de acordo com a presente Norma.

Art. 3º As unidades de saúde referidas no anexo são hospitais, clínicas, casas de saúde, institutos, consultórios, ambulatórios isolados, centros e postos de saúde e outras que executem os procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência.

Art. 4º As áreas físicas e instalações das Unidades classificadas por esta Resolução deverão obedecer às normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária.

Art. 5º Os diretores técnicos das unidades de saúde são responsáveis pelo cumprimento das normas aqui estabelecidas, bem como pela provisão dos recursos físicos, humanos e materiais exigidos para a sua fiel execução.

Art. 6º As Unidades de que trata a presente Resolução, atualmente existentes, deverão adequar-se às referidas Normas num prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.409/94

Brasília-DF, 13 de novembro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS E DOS COMPLEXOS CIRÚRGICOS PARA PROCEDIMENTOS COM INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA.

1. DEFINIÇÕES

Cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os partos) que, pelo seu porte dispensam o pernoite do paciente. Eventualmente o pernoite do paciente poderá ocorrer, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas.

Anestésias para cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos anestésicos que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais. Os tipos de anestesia que permitem rápida recuperação do paciente são: anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida.

2. CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

2.1 Os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão ser classificados em:

- a. **Unidade tipo I;**
- b. **Unidade tipo II;**
- c. **Unidade tipo III;**
- d. **Unidade tipo IV.**

2.1.1 Unidade tipo I

É o consultório médico, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico, ou para diagnóstico, sob anestesia local, sem sedação, em dose inferior a 3,5 mg/kg de lidocaina (ou dose equipotente de outros anestésicos locais), sem necessidade de internação.

2.1.2 Unidade tipo II

a. É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte, com condições para internações de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade;

- b. Deverá contar com salas de recuperação ou de observação de pacientes;
- c. Realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional (com exceção dos bloqueios subaracnóideo e peridural), com ou sem sedação;
- d. O pernoite, quando necessário, será feito em hospital de apoio;
- e. É obrigatório garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.3 Unidade tipo III

a. É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade;

- b. Deverá contar com equipamentos de apoio e de infra-estrutura adequados para o atendimento do paciente;
- c. Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida;
- d. Corresponde a uma previsão de internação por, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas, podendo ocorrer alta antes deste período, a critério médico;
- e. A internação prolongada do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de apoio;
- f. Estas unidades obrigatoriamente terão que garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.4 Unidade tipo IV

a. É a unidade anexada a um hospital geral ou especializado, que realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas da unidade ambulatorial, ou do centro cirúrgico do hospital, e que pode utilizar a estrutura de apoio do hospital (Serviço de Nutrição e Dietética, Centro de Esterilização de Material e Lavanderia) e equipamentos de infra-estrutura (Central de Gases, Central de Vácuo, Central de Ar Comprimido, Central de Ar-Condicionado, Sistema de Coleta de Lixo etc.);

- b. Realiza cirurgias com anestesia loco-regional com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida;
- c. Não está prevista a internação do paciente nesta Unidade por mais de 24 (vinte e quatro) horas. Nesse caso, a internação ocorrerá no hospital e somente na presença de complicações.

3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PACIENTES

3.1 Os critérios estabelecidos para a seleção destes pacientes são os seguintes:

a. Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da *American Society of Anesthesiologists* (1962), ou seja:

ASA I – pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos;

ASA II – o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade).

b. A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência;

- c. Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;
- d. Nas Unidades tipo II, III e IV o paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;
- e. Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

3.2 A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência é **contra-indicada** quando:

- a. Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente;
- b. Os procedimentos a serem realizados são extensos;
- c. Há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante;
- d. Há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório;
- e. Os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

3.3 A cirurgia/procedimento deverá ser suspensa se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo da intervenção cirúrgica e no retorno ao lar.

3.4 A cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas, por exemplo: falta de luz, de material e roupa esterilizada; ausência de pessoal de enfermagem no centro cirúrgico ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do paciente.

4. RESPONSABILIDADES MÉDICAS

4.1 A indicação da cirurgia/procedimento com internação de curta permanência no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

4.2 Toda a investigação pré-operatória/pré-procedimento do paciente (realização de exames laboratoriais, radiológicos, consultas a outros especialistas etc.) para diagnóstico da condição pré-operatória/pré-procedimento do paciente é de responsabilidade do médico e/ou da equipe médica executante.

4.3 A avaliação pré-operatória/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento de curta permanência exige no mínimo:

ASA I: história clínica, exame físico e exames complementares;

ASA II: história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira.

4.4 O médico deverá orientar o paciente ou o seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatório/procedimento necessários e complicações possíveis, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

4.5 Após a realização da cirurgia/procedimento, o médico anestesiológico é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestésica. A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável. As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pelos seguintes parâmetros:

- a. Orientação no tempo e espaço;
- b. Estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos;
- c. ausência de náusea e vômitos;
- d. ausência de dificuldade respiratória;
- e. capacidade de ingerir líquidos;
- f. capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;
- g. sangramento ausente ou mínimo;
- h. ausência de dor importante;
- i. sem retenção urinária.

4.6 A responsabilidade do acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico e/ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

5 MATERIAL NECESSÁRIO

5.1 A **Unidade tipo I** deverá contar com os seguintes materiais:

- a. instrumental para exame clínico e procedimentos de diagnóstico;
- b. dispositivo para iluminação adequada para a atividade;
- c. mesa/maca/cadeira adequada para a realização da atividade;
- d. equipamentos e materiais específicos da especialidade praticada;
- e. tensiômetro ou esfigmomanômetro;
- f. equipamento para ausculta cardíaca;
- g. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- h. material para a coleta de resíduos, conforme norma da ABNT.

5.2 A **Unidade tipo II** deverá contar com os seguintes materiais:

- a. instrumental cirúrgico;
- b. aspirador de secreções;
- c. conjunto de emergência, equipado com medicação de emergência e material de reanimação cardiorespiratória;
- d. fonte de oxigênio;
- e. dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico;
- f. mesa/maca adequada para a realização da cirurgia;
- g. equipamentos específicos da especialidade praticada (como microscópio cirúrgico etc.);
- h. estufa/autoclave para a esterilização de material se necessário;
- i. dispositivo com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial;
- j. tensiômetro ou esfigmomanômetro;
- k. equipamento para ausculta cardíaca;
- l. armário provido de porta, ou outro dispositivo com proteção, para a guarda de material esterilizado e descartável;
- m. mobiliário padrão hospitalar – para o uso de pacientes (somente será permitido este tipo de mobiliário);
- n. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- o. material para coleta de resíduos, conforme Norma da ABNT;
- p. oxímetro de pulso;
- q. outros equipamentos auxiliares para a atividade da especialidade.

5.3 O **Complexo Cirúrgico** deverá ser organizado com as dependências descritas a seguir, observando-se as exigências mínimas de materiais e equipamentos para cada uma.

5.3.1 As **salas cirúrgicas** deverão conter os seguintes equipamentos:

- a. mesas/macac cirúrgicas;
- b. mesa para instrumental;
- c. aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;
- d. conjunto de emergência, com desfibrilador;
- e. aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
- f. dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
- g. banquetas ajustáveis, inox;
- h. balde a chute;
- i. tensiômetro ou similar;
- j. equipamento para ausculta cardíaca;
- k. fontes de gases e vácuo;

- l. monitor cardíaco;
- m. oxímetro de pulso;
- n. laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- o. instrumental cirúrgico;
- p. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- q. medicamentos (anestésicos, analgésicos e mediações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorrespiratória.);
- r. equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

5.3.2 A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada com:

- a. cama/maca de recuperação com grade;
- b. tensiômetro ou similar;
- c. laringoscópio adulto ou infantil;
- d. capnógrafo;
- e. ventilador pulmonar adulto e infantil;
- f. aspirador contínuo elétrico;
- g. estetoscópio;
- h. fonte de oxigênio e vácuo;
- i. monitor cardíaco;
- j. oxímetro de pulso;
- k. eletrocardiógrafo;
- l. maca hospitalar com grade;
- m. material de consumo;
- n. medicamentos.

5.4 As **Unidades tipo III e IV** deverão possuir, no mínimo, todos os materiais e equipamentos relacionados para as Unidades tipo I e II e para o Complexo Cirúrgico.

Observação: Nas Unidades II, III e IV um conjunto de emergência deverá estar localizado na área de quartos e enfermarias, e estar provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados no Complexo Cirúrgico.

6. RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

6.1 As Unidades que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão contar com profissionais médicos e de enfermagem suficientes e qualificados para as atividades propostas.

6.2 As Unidades do tipo II, III e IV estarão obrigadas a garantir, durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para atendimento de urgências e emergências.

6.3 Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de Fiscalização, conforme determina a legislação em vigor.

7 ORGANIZAÇÃO

7.1 As Unidades do tipo II, III e IV, classificadas nestas Normas, deverão possuir:

- a. prontuário do paciente;
- b. registro diário do mapa de todas as cirurgias/procedimentos;
- c. registro da ocorrência das complicações pós-operatórias, ocorridas até a alta da unidade;
- d. registro de dados da ocorrência de infecção pós-cirúrgica comunicada à unidade, mantendo estatística mensal de ocorrência de infecção, topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;
- e. registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos).

7.2 Os procedimentos para controle de infecção pós-operatória, incluindo procedimentos de limpeza, esterilização e desinfecção, deverão obedecer as determinações do Ministério da Saúde.

7.3 Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer ao estabelecido na legislação pertinente.

7.4 Deverão ser estabelecidas rotinas para os serviços de limpeza, de enfermagem e de lavanderia.

7.5 Os estabelecimentos deverão ser mantidos em perfeitas condições de ordem e limpeza.

8. FUNCIONAMENTO

8.1 Os serviços que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, classificadas como II, III e IV, deverão ter seus projetos de construção, reconstrução, adaptação ou reforma aprovados pela autoridade sanitária competente.

8.2 Os serviços que realizam procedimentos com internação de curta permanência, classificadas como II, III e IV, só poderão funcionar depois de devidamente licenciados pela autoridade sanitária competente, com suas especificações definidas.

8.3 Os estabelecimentos classificadas como II, III e IV deverão contar com um responsável técnico, legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

8.4 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão contar com apoio hospitalar incluindo laboratório, radiologia, banco de sangue e outros recursos que venham a ser necessários para tratamento de complicações que porventura ocorram durante a realização de cirurgia/procedimento. O hospital deverá estar localizado em distância compatível com o atendimento emergencial ao doente que estará sendo removido.

8.5 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão garantir condições para efetuar a remoção de pacientes que necessitem de internação, sem agravar suas condições clínicas.

8.6 Os estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias para atenderem estas exigências.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008

Observação inicial: A Sociedade Brasileira de Oftalmologia-SBO e a Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia - COESO questionaram junto ao Conselho Federal de Medicina o artigo 1º da Resolução CFM Nº 1.409/94. O Conselheiro Carlos Alberto de Souza Martins a este propósito emitiu o seguinte parecer:

“Após analisar o pedido feito pela SBO e COOESO depreende-se que o fato gerador do mesmo é a insatisfação das duas entidades com os honorários recebidos vez que alegam ser necessária à internação para as cirurgias oftalmológicas ainda que em regime de “day clinic” – curta duração. Ressalte-se, por oportuno, que na prática não funciona sempre assim sendo as cirurgias realizadas em clínicas que, muitas das vezes, sequer dispõe de leitos para a recuperação dos pacientes após a cirurgia e na verdade, os pacientes são liberados logo após os procedimentos haja vista os “mutirões” das cataratas. Considerando, no entanto, que a afirmação das duas entidades é a regra e que os pacientes ficam internados, por um determinado período, em recuperação pós-operatória, é justo que se remunere de acordo com o previsto na CBHPM para pacientes internados e isso deverá ser cobrado junto as Operadoras de Planos de Saúde. A Resolução 1409/94 disciplina de forma eficaz, a prática segura de cirurgias onde não há internação – regime ambulatorial ou quando a internação é uma eventualidade e dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos realizados fora de Unidade Hospitalar e, foi objeto de análise por essa Comissão que elaborou um projeto de resolução a ser analisado pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina, abaixo fundamentado:”

A Resolução CFM nº 1.409/94 deve ser ampliada em seus conceitos face à necessidade premente de esclarecimentos frente a vários seguimentos.

Propõe-se mudar a nomenclatura de cirurgia ambulatorial para Cirurgia com Internação de Curta Permanência para evitar entendimentos errôneos (cirurgia feita em ambulatório) e para deixar claro e patente que, a exceção de um tipo (tipo I), todos os outros tipos de cirurgia devem ser feitos em ambiente com instalações apropriadas para cirurgia.

Propõe-se, também, o seguinte:

- a) Utilização dos “Considerando” de ambas as resoluções (CFM e CREMERJ) que tratam do assunto, adequando-os a uma nova resolução;
- b) Utilização dos “Resolve” da resolução do CREMERJ com as adaptações necessárias ao CFM e para aplicação por outros regionais, já que o que consta nos “Resolves” da Resolução CFM nº 1.409/94 vai passar a constar no anexo à nova resolução;
- c) Em relação a esse anexo propomos a incorporação, na íntegra, do anexo da Resolução CREMERJ nº 180/01 por ser atual, didático e objetivo.

Brasília-DF, 13 de novembro de 2008

RAFAEL DIAS MARQUES NOGUEIRA

Conselheiro Relator

Resoluções do Conselho Regional de Medicina

Índice

Resolução nº	Assunto
04/99	Material mínimo necessário para assistência pediátrica
03/00	Refere-se ao exercício da especialidade de Cirurgia Plástica e dá outras providências
04/00	Cria as Câmaras Técnicas – vide folha
05/00	Cria a Câmara Técnica de Perinatologia
01/01	Autoriza a Consultoria Jurídica do Cremers a tomar providências em defesa do médico processado ou ameaçado de processo por se negar a entregar documentos referentes a segredo médico
07/01	Homologa o valor mínimo dos honorários para remunerar o trabalho médico na área de jurisdição do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul
02/02	Cria a Coordenação Geral das Câmaras Técnicas, dispõe sobre as suas atribuições e aprova as normas operacionais das Câmaras Técnicas
03/02	Cria Câmaras Técnicas de Acupuntura, Alergia e Imunologia, Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiológica, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Ética Médica e Bioética, Gastroenterologia, Homeopatia, Infectologia, Medicina Desportiva, Medicina Geral Comunitária, Medicina Intensiva, Medicina do Trabalho, Neurologia e Neurocirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria e Radiologia.
04/02	Cria Câmara Técnica de Fisiatria, Informática e Saúde, Nefrologia e Urologia
07/02	Cria Câmara Técnica de Clínica Médica
09/02	Cria Câmaras Técnicas de Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Torácica e Emergência
10/02	Cria Câmaras Técnicas de Hematologia e Nutrologia
11/02	Cria Câmaras Técnicas de Geriatria e Cirurgia Geral
03/03	Cria Câmaras de Julgamento e de Sindicâncias
09/03	Cria a Ouvidoria/Consultoria – Página ???
05/04	Cria Câmara Técnica de Auditoria
03/06	Cria Câmara Técnica de Perícias Médicas
05/06	Regula a contratação de médicos em instituições públicas e privadas
01/07	Cria a Coordenação das Câmaras Técnicas – trás modificações a Resolução Cremers nº 02/02
05/07	Presença de médico em sala de recuperação

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 04/99

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições, conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998,

considerando que os conselhos são órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

considerando que a responsabilidade fundamental da atuação do médico é procurar conservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde, melhorar a qualidade e a eficácia dos tratamentos, porquanto a saúde do ser humano é o alvo de toda a sua atenção;

considerando a manifestação da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul e Sociedade Brasileira de Pediatria, no que concerne às condições mínimas materiais para uma sala de parto;

considerando que os Conselhos devem regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços hospitalares, no atendimento à população, a fim de que se possa desenvolver um efetivo desempenho ético-profissional do médico;

considerando o decidido na Sessão Plenária do dia 23 de julho de 1999;

RESOLVE:

Artigo Primeiro - É considerado como material mínimo necessário para assistência pediátrica ao parto o seguinte:

- Fonte de calor;
- Fonte de oxigênio com fluxômetro;
- Aspirador de vácuo com manômetro;
- Sondas traqueais (n^{os} 8, 10 e 12);
- Adaptador para aspiração de mecônio;
- Balão auto-inflável com capacidade máxima de 750 ml, válvula de segurança e reservatório de oxigênio;
- Máscara para recém-nascido de termo e pré-termo;
- Sonda de Guedel neonatal;
- Laringoscópio com lâmina reta (n^{os} 0 e 1);
- Cânulas traqueais de diâmetro uniforme (n^{os} 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0);
- Fio-guia;
- Tintura de benjoim e esparadrapo;
- Pilhas e lâmpadas sobressalentes;
- Adrenalina (1:1000);
- Bicarbonato de Sódio (3% - 5% - 8,4% ou 10%);
- Expansores de volume: albumina 5% - S.F. 0,9% ou Ringer-lactato;
- Naloxona;
- Dopamina;
- Ampolas de água destilada;
- Seringas (20, 10 e 1 cc);
- Agulhas de 20x32 e bureta de microgotas;
- Cabo de bisturi com lâmina reta;
- Cadarço estéril;
- Porta-agulhas;
- Fio agulhado 3-0;
- Luvas, compressas e gazes estéreis;
- Estetoscópio neonatal.

Artigo Segundo - Os Diretores Técnicos dos Hospitais são responsáveis pelo fiel cumprimento desta Resolução.

Artigo Terceiro - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 23 de julho de 1999

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 03/2000

Refere-se ao exercício da especialidade de Cirurgia Plástica e dá outras providências

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n.º 3.268/57, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045/58,

Considerando que a CIRURGIA PLÁSTICA é uma especialidade médica reconhecida pelo CFM;

Considerando que para sua prática a CIRURGIA PLÁSTICA requer um conjunto de pré-requisitos e conhecimentos científicos e técnicos adquiridos na graduação e/ou pós-graduação (residência médica e/ou especialização);

Considerando que a CIRURGIA PLÁSTICA se propõe a corrigir alterações anatômicas, congênitas, degenerativas ou adquiridas e suas conseqüências, sendo exercida objetivando beneficiar os pacientes do ponto de vista anatômico, funcional e psicológico, visando sua reintegração à família e/ou à sociedade com reflexos sobre sua qualidade de vida;

Considerando que a publicidade médica é matéria disciplinada pelo Código de Ética Médica, por Resolução específica do CFM e também pela legislação comum e penal – Lei N.º 8.078/90, devendo a mesma submeter-se aos limites da discricção, sobriedade e veracidade, sendo proibida a propaganda enganosa;

Considerando a diversidade de resposta biológica e as características genéticas dos pacientes ante o atual estado da técnica;

Considerando que o trabalho médico se constitui numa atividade profissional de meio e não de resultado;

Considerando, finalmente, a deliberação do Corpo de Conselheiros do CREMERS, em Reunião Plenária realizada em 04 de julho de 2000.

RESOLVE:

Art. 1º - Na CIRURGIA PLÁSTICA, como em todos os demais procedimentos médicos, o profissional não pode prometer, garantir ou assegurar o sucesso do tratamento, tendo de informar correta e previamente o paciente sobre os benefícios e riscos dos procedimentos, obtendo do mesmo o consentimento após essa informação.

Art. 2º - Quando atuar como consultor em assuntos da especialidade em publicações não científicas, o médico deve restringir sua participação exclusivamente aos aspectos educativos de tais matérias.

Art. 3º - É vedada a divulgação sensacionalista ou promocional de procedimentos de CIRURGIA PLÁSTICA na imprensa leiga sob a forma de anúncios publicitários, entrevistas e reportagens, bem como a exposição de imagens de atos médicos e/ou seus resultados em pacientes. A presente vedação não atinge as informações de caráter nitidamente educativo.

Art. 4º - É vedada ao médico a divulgação de preços e custos com objetivos promocionais, bem como de financiamento de tratamentos.

Art. 5º - É vedada a oferta de cirurgias plásticas como prêmios ou qualquer outra forma de promoção comercial ou de propaganda.

Art. 6º - É vedada a execução de procedimentos de cirurgia plástica em locais que não possuam alvará ou licença de funcionamento expedidos pelos órgãos competentes e na forma de lei.

Art. 7º - É vedada a execução de procedimentos de cirurgia plástica em locais que não apresentem segurança para a prática médica e eventuais intercorrências.

Art. 8º - O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul promoverá, no uso de suas atribuições, a fiscalização, nesses locais, das condições do exercício da medicina e, especialmente, do cumprimento de suas Resoluções e daquelas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 9º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Porto Alegre, 04 de julho de 2000

Resolução Cremers nº 05/2000

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando a necessidade de o Cremers posicionar-se sobre assuntos técnicos especializados;

Considerando o que foi estabelecido na Resolução Cremers n.º 02/2001;

Considerando, finalmente, a decisão da Reunião Plenária n.º 1343 de 26/09/2001;

RESOLVE:

Art. 1º: Criar a Câmara Técnica de Perinatologia;

Art. 2º: A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.
Porto Alegre, 26 de setembro de 2000.

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 07/2001

Homologa o valor mínimo dos honorários para remunerar o trabalho médico na área de jurisdição do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul.

O **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58,

Considerando o que dispõem os artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica;

Considerando o disposto no Artigo 8º, inciso III da Constituição Federal;

Considerando que o médico tem legislação específica para determinar sua remuneração com vínculo empregatício, via CLT, não a tendo para remunerá-lo nas demais relações de trabalho;

Considerando a deliberação da Assembléia Geral dos médicos domiciliados na área de jurisdição do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul;

Considerando a decisão da Sessão Plenária de 04 de dezembro de 2001;

RESOLVE:

Artigo 1º - Homologar como valores mínimos e éticos para remunerar o trabalho médico, na área de jurisdição do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul, aqueles determinados pela Assembléia Geral dos médicos da região.

Parágrafo Único: Os valores referidos no caput são os constantes da relação anexada a esta Resolução, sendo parte integrante da mesma.

Artigo 2º - Atendendo aos interesses dos médicos, dos usuários e a realidade do mercado, é permitida a flexibilização dos valores até a implantação naquela área, sempre tendo como referência os valores estabelecidos no Artigo 1º.

Artigo 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

Publique-se.

Sala de Sessões do CREMERS, dia 04 de dezembro de 2001.

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 05/2004

Cria a Câmara Técnica de Auditoria em Saúde.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das suas atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando a necessidade de o Cremers posicionar-se sobre assuntos técnicos especializados;

Considerando o que foi estabelecido na Resolução Cremers nº 04/2000;

Considerando, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 05 de outubro de 2004 – Ata nº 1.746/2004,

RESOLVE:

Artigo 1º - Criar a Câmara Técnica de Auditoria em Saúde.

Artigo 2º - A Câmara será coordenada pela Coordenadoria Geral das Câmaras Técnicas.

Artigo 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. Porto Alegre, 05 de outubro de 2004.

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 03/2006

Cria a Câmara Técnica de Perícias Médicas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando a necessidade de o Cremers posicionar-se sobre assuntos técnicos especializados;

Considerando o que foi estabelecido na Resolução Cremers nº 04/2000;

Considerando, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 07 de fevereiro de 2006 – Ata nº 1.846/2006,

RESOLVE:

Artigo 1º - Criar a Câmara Técnica de Perícias Médicas.

Artigo 2º - A Câmara será coordenada pela Coordenadoria Geral das Câmaras Técnicas.

Artigo 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. Porto Alegre, 16 de março de 2006.

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 05/2006

Ementa: Dispõe sobre o ingresso de médicos em instituições públicas e privadas de atenção à saúde.

O **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul**, no uso de suas atribuições, que são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1.957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1.958, e tendo em vista o disposto na Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO as disposições contidas na Resolução CFM nº 1.246/88, principalmente nos incisos II, III, IV, V e VI do preâmbulo e artigos 4º, 17, 19, 30, 38 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as disposições contidas na Resolução CFM nº 1.342/91, que regula as atribuições e responsabilidades do Diretor Técnico e do Diretor Clínico;

CONSIDERANDO a necessidade de prevenir a prática de exercício ilegal da profissão médica no Estado do Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO a prática de crimes de estelionato, de falsidade ideológica e de periclitamento de vida por parte de pessoas que se intitulam médicos, usando o número de inscrição e o nome dos médicos habilitados neste Regional e, finalmente,

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 09 de maio de 2006;

RESOLVE:

Artigo 1º - O ingresso de médicos em instituições públicas ou privadas de atenção à saúde deverá ser precedido de cuidadosa verificação da habilitação legal do profissional no Estado, bem como de sua perfeita identificação pessoal;

Artigo 2º - As instituições e as empresas tomadoras de serviços médicos deverão manter o cadastro de todos os profissionais em atividade e somente permitir que pratiquem procedimentos após a confirmação inequívoca da habilitação legal de cada um.

Artigo 3º - Ocorrendo a suspeita ou a efetiva verificação de exercício ilegal da Medicina, compete às instituições e às empresas tomadoras de serviços médicos, independentemente de outras medidas pertinentes, comunicar o fato, de imediato, ao CREMERS, instruindo a representação com os documentos de prova ou de indícios;

Parágrafo Único – Havendo dúvida, deverá ser consultado o Cremers.

Artigo 4º - É de responsabilidade solidária dos Responsáveis Técnicos, dos Diretores Técnicos e Diretores Clínicos das instituições e das tomadoras de serviços, a observância rigorosa das disposições contidas na presente Resolução;

Artigo 5º - Às Comissões de Ética Médica das instituições de saúde compete fiscalizar o cumprimento das disposições desta Resolução, e representar perante o CREMERS quando necessário;

Artigo 6º - Os Responsáveis Técnicos, os Diretores Técnicos e os Diretores Clínicos deverão promover a completa atualização de seus cadastros de médicos no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da vigência da presente Resolução.

Artigo 7º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. Porto Alegre, 09 de maio de 2006.

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 01/2007

Altera a Resolução Cremers nº 02/02 - Cria o cargo de Coordenador das Câmaras Técnicas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44045, de 19 de julho de 1958 e Lei nº 11.000, de 165 de dezembro de 2004,

Considerando ser o Cremers o órgão superior do exercício ético-profissional da Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

Considerando que cabe ao Cremers 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, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 06.02.2007,

Resolve:

Artigo 1º- Criar o cargo de Coordenador das Câmaras Técnicas.

Parágrafo Primeiro: o Coordenador será escolhido pela diretoria entre os Conselheiros do Cremers, 'ad referendum' do Plenário.

Parágrafo Segundo: o Coordenador das Câmaras Técnicas se reportará à Diretoria.

Artigo 2º- O Coordenador das Câmaras Técnicas (CCT) terá como atribuições:

- Coordenar as Câmaras Técnicas, visando a sua integração com o Corpo de Conselheiros e o intercâmbio entre as mesmas;
- Supervisionar o conjunto das atividades e funcionamento das Câmaras Técnicas;
- Promover reuniões periódicas entre os coordenadores e membros das CTs, objetivando o seu desenvolvimento;
- Indicar o Conselheiro Coordenador de cada Câmara Técnica, 'ad referendum' da Diretoria, podendo substituí-lo, se necessário em caráter precário, para não prejudicar funcionamento da Câmara Técnica;
- Sugerir a criação de novas CTs sempre que necessário, encaminhando o expediente à Diretoria;
- Encaminhar às Câmaras Técnicas as solicitações referentes a assuntos da especialidade;

Artigo 3º - O Coordenador das Câmaras Técnicas receberá as solicitações de conselheiros, sindicantes, relatores, revisores, corregedores ou pareceristas para encaminhamento às respectivas Câmaras Técnicas. Após análise e aprovação das solicitações, o Coordenador das Câmaras Técnicas as encaminhará à respectiva Câmara e os pareceres serão encaminhados à Diretoria.

Artigo 4º - O Coordenador das Câmaras Técnicas, quando convocado, participará das reuniões de diretoria, em conformidade ao disposto no parágrafo primeiro do art. 70 do Regimento Interno.

Artigo 5º - Ficam aprovadas as normas operacionais das Câmaras Técnicas, em anexo.

Artigo 6º - Revogando-se as disposições em contrário. Publique-se.

Porto Alegre, 06 de fevereiro de 2007.

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 05/2007

Dispõe sobre a necessidade de médico em sala de recuperação pós-anestésica, preferencialmente anestesiologista.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições, que são conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1.957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1.958, de 19 de julho de 1958 e Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004; e

considerando que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

considerando que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

considerando os riscos inerentes ao estado pós-anestésico dos paciente submetidos a cirurgias;

considerando a Resolução CFM n° 1.802/2006;

considerando a decisão da Sessão Plenária de 03 de abril de 2007.

RESOLVE:

Artigo 1º - É obrigatória a presença constante de médico, preferencialmente anesthesiologista na sala de recuperação pós-anestésica.

Artigo 2º - O Diretor Técnico da instituição será o responsável pela aplicação desta Resolução.

Artigo 3º - **Revogam-se as disposições em contrário.**

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

Porto Alegre, 03 de abril de 2007.