

# MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO ANESTESIOLOGISTA

**2ª EDIÇÃO**

**SAESP**

Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo

**CREMESP**

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

**2003**

## **MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO ANESTESIOLOGISTA**

Publicação

**Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo**

Rua Caiubi, 666 – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05010-000

Tel: (11) 3673-1388 - [www.saesp.org.br](http://www.saesp.org.br)

**Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**

Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP – CEP: 01301-910

Tel: (11) 3017- 9300 – [www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br)

### **COORDENAÇÃO**

David Ferez

Desiré Carlos Callegari

Irimar de Paula Posso

João Eduardo Charles

Kazuo Uemura

### **DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO DO CREMESP**

Maria Luiza R. de Andrade Machado

### **EDIÇÃO**

Fátima Barbosa

Ivolethe Duarte

### **CAPA**

Moema Cavalcanti

### **FOTO DA CAPA**

Osmar Bustos

### **DIAGRAMAÇÃO**

José Humberto de S. Santos

Manual de orientação ao anestesiolegista. 2ª ed. São Paulo :  
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/  
Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo,  
2003.  
122p.

1. Anestesiologia 2. Anestesia 3. Ética médica I. Título  
II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
III. Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo

NLM W50

## SEGUNDA EDIÇÃO

---

Esta segunda edição do Manual do Anestesiologista traz pequenas alterações. Os textos elaborados pelo Cremesp são apresentados na Parte 1 e os organizados pela Saesp na Parte 2. Os textos de autoria do Cremesp exprimem a opinião da Plenária do órgão, enquanto que os de responsabilidade da sociedade de especialidade representam a opinião da instituição ou de seus autores. Essa divisão facilita a visualização dos leitores que buscam assuntos específicos. Além disso, foram feitas algumas modificações que não mudaram o conteúdo do Manual, preservado como o da edição anterior.

---



# Apresentação

---

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) tem se dedicado nos últimos anos, de forma especial, em incentivar a melhoria da relação médico-paciente. Desde 1993, quando assumimos a gestão desta Casa temos percebido que o número crescente de denúncias contra médicos ocorre sobretudo em decorrência da deterioração dessa relação.

Para além de seu papel judicante, o Conselho tem se esforçado em discutir essa questão com os colegas de todo o Estado, por meio do *Jornal do Cremesp* e de julgamentos simulados, palestras, seminários, mesas-redondas, criação de Câmaras Técnicas, entre outros. A primeira Câmara Técnica que criamos foi, inclusive, a de Anestesiologia.

Posteriormente, ao percebermos a necessidade de estabelecer outras formas de comunicação com os colegas médicos, criamos a revista *Ser Médico* e iniciamos a publicação de manuais dirigidos especificamente a especialidades. É dentro deste espírito que publicamos este *Manual de Orientação ao Anestesiologista* em conjunto com a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (Saesp). É uma reedição, renovada e ampliada, do manual editado originalmente pela Saesp.

Com ele, esperamos proporcionar aos anestesiológicos do Estado de São Paulo uma publicação de referência e consulta, visando sempre o exercício ético da Medicina.

**Gabriel David Hushi**  
Presidente do Cremesp em exercício  
no período de abril a outubro de 2002



# Apresentação

Em 1999, a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo, sob a presidência do Dr. Américo Massafuni Yamashita, lançava o *Manual de Orientação ao Anestesiologista*. O fundamento inicial era orientar o associado na vertente ética e legislativa. Contudo, com a evolução dos trabalhos foi arregimentando colaboradores interessados sobre outras matérias e, por fim, ganhou corpo que transcendeu o foco inicial. Tornou-se um Manual objetivo no qual foram compiladas portarias, pareceres, normas, orientações e rotinas, as quais atenderam de pronto as principais dúvidas do anestesiologista. Seu sucesso foi tão grande que alcançou outros Estados, proporcionando à Saesp inúmeras consultas.

Nas jornadas e congressos, a Diretoria da Saesp tem observado que é cada vez maior o interesse do associado sobre a área legislativa e ética. Sensível a esse anseio, tem implementado estes tópicos em seus cursos. Provavelmente, o interesse sobre o assunto deve advir da necessidade de o anestesiologista corresponder às exigências da sociedade brasileira. Ademais, os profissionais competentes, comprometidos com a ética e a qualidade da assistência, têm a obrigação de conhecer os fundamentos que regulam sua especialidade.

Foi com este espírito que a Diretoria da Saesp decidiu reeditar o *Manual de Orientação ao Anestesiologista*, agora em parceria direta com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Esta edição foi revista e ampliada, apresentando novas orientações e pareceres que se apresentaram nos últimos anos. A compilação de assuntos foi criteriosamente selecionada pela comissão responsável, com vasta experiência no assunto.

Quero agradecer a todos os colaboradores que – com competência, carinho e dedicação – , contribuíram para concretizar este trabalho, em especial o Dr. João Eduardo Charles, Dr. Irimar de Paula Posso e Dr. Desiré Carlos Callegari.

A diretoria da Saesp espera que esta nova edição possa contribuir para elucidar as principais dúvidas da especialidade e envolver seus associados no embasamento da especialidade.

**David Ferez**  
Presidente da Saesp

# Sumário

---

## **PARTE 1** CREMESP

<b>Aspectos das denúncias, processos disciplinares e das principais infrações éticas de Anestesiologistas</b>	<b>13</b>
<b>Plantão de Anestesiologia</b>	<b>18</b>
<b>Anestesiologista é membro obrigatório da equipe do PS</b>	<b>22</b>
<b>Normas para uso da Lidocaína</b>	<b>24</b>
<b>Anestesia em pacientes operados por odontologistas</b>	<b>26</b>
<b>Condições técnicas para prática da Anestesiologia</b>	<b>28</b>
<b>Normas para cirurgia ambulatorial</b>	<b>30</b>
<b>Regimento Interno do Corpo Clínico</b>	<b>32</b>
<b>Responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico</b>	<b>36</b>
<b>Responsabilidade do Médico Residente</b>	<b>38</b>
<b>Código de Ética Médica</b>	<b>41</b>
<b>Código de Processo Ético Disciplinar</b>	<b>55</b>



---

## **PARTE 2** SAESP

<b>O médico e a imprensa</b>	<b>71</b>
<b>Considerações sobre responsabilidade médica</b>	<b>74</b>
<b>Testemunhas de Jeová e administração de sangue</b>	<b>78</b>
<b>Que fazer quando ocorre um evento adverso?</b>	<b>82</b>
<b>Em transfusão de emergência, é necessária a autorização por escrito?</b>	<b>86</b>
<b>Documentação anestésica</b>	<b>88</b>
<b>Normas técnicas para procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais em São Paulo</b>	<b>96</b>
<b>Obrigatoriedade da sala de RPA</b>	<b>110</b>
<b>Código Profissional e Econômico da Sociedade Brasileira de Anestesiologia</b>	<b>111</b>
<b>Código de Processo Profissional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia</b>	<b>114</b>
<b>Instrumento particular de contrato de prestação de serviços de Anestesiologia</b>	<b>117</b>
<b>Instrumento particular de prestação de serviços para grupos de Anestesiologistas</b>	<b>119</b>



# PARTE 1

## CREMESP

---

- Aspectos das denúncias, processos disciplinares e das principais infrações éticas de Anestesiologistas
  - Plantão de Anestesiologia
  - Anestesiologista é membro obrigatório da equipe do PS
    - Normas para uso da Lidocaína
    - Anestesia em pacientes operados por odontologistas
      - Condições técnicas para prática da Anestesiologia
        - Normas para cirurgia ambulatorial
        - Regimento Interno do Corpo Clínico
  - Responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico
    - Responsabilidade do Médico Residente
      - Código de Ética Médica
      - Código de Processo Ético Disciplinar



# Aspectos das denúncias, processos disciplinares e das principais infrações éticas de Anestesiologistas

Metade das denúncias relativas à Anestesiologista tornam-se processos disciplinares no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Levantamento estatístico do Conselho referente a 110 denúncias registradas nos últimos cinco anos, na área de Anestesiologia, entre janeiro de 1997 e agosto de 2002, mostra que 55 denúncias – ou seja 50% – foram transformadas em processos disciplinares, o que difere da estatística geral da instituição que é de aproximadamente 15%.

Vários fatores concorrem para essa diferença em relação às demais especialidades. Um deles é que a Anestesiologia apresenta maior risco de eventuais complicações tornarem-se sequelas graves ou evoluírem para óbito. Outro fator são as condições de trabalho do anestesiologista, nem sempre as melhores, concorrendo para uma maior possibilidade de exposição a riscos.

## PRINCIPAIS QUEIXAS

As principais queixas relativas à Anestesiologia são, em ordem decrescente: alegação de provável choque anafilático (40%); anestésias simultâneas (20%); problemas de relacionamento médico/paciente (15%); questões de honorários médico (12%); sequelas atribuídas à anestesia (10%); e outros (3%).

Esclarecemos que a queixa de provável choque anafilático entra na estatística como o motivo alegado pelo anestesiologista para justificar o óbito do paciente durante o ato anestésico/cirúrgico, quando é denunciado ao Conselho. Essa queixa, sem dúvida, é bastante representativa, reforçando ser a Anestesiologia uma especialidade que exige, do profissional, treinamento técnico-científico apurado, além da necessida-

de exercer a especialidade em condições de trabalho com a máxima segurança, no que diz respeito aos equipamentos, monitorização e suporte hospitalar adequado.

A Resolução CFM nº 1.363, de 12 de março de 1993, art. 2º, estabelece as condições mínimas de segurança para a prática de anestesia. Portanto, o anestesiológico deve exigir da Direção Clínica do seu local de trabalho o cumprimento dessa Resolução.

Outro ponto importante dessa Resolução, no art. 1º, parágrafo III, trata do registro, na ficha de anestesia, dos sinais vitais do paciente, somado ao preenchimento completo das intercorrências e medidas tomadas, tanto na ficha de anestesia quanto na folha de evolução médica. Como prevê o Código de Ética Médica no art. 69, “ é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente”. Essas medidas são da maior relevância, pois esses dados serão analisados quando houver necessidade de apuração de qualquer complicação no desempenho ético-profissional do anestesiológico.

Em relação à segunda maior queixa, ou seja, a realização de anestésias simultâneas, a Resolução, acima citada, no art. 1º, parágrafo IV, é bastante enfática: “é ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico”.

Quanto à relação médico/paciente e as questões relativas a honorários são semelhantes às queixas de outras especialidades. Deve o profissional ser preciso e claro com o paciente e a família. Para isso, o Código de Ética, em seu capítulo V (pacientes e familiares) e capítulo VIII (remuneração profissional), normatiza de maneira clara essa relação.

## PROCESSOS JULGADOS

Dos processos concluídos e julgados que envolvem a especialidade, entre janeiro de 1997 e agosto de 2002, 31% foram apenados e 69% foram inocentados. Em relação às penas aplicadas, 70% foram apenados com Censura Confidencial, 10% com Censura Pública e 20% com Suspensão do Exercício. No período não houve nenhum processo de cassação e, mesmo que houvesse, estaria em grau de recurso no Conselho Federal de Medicina ou na esfera Judicial, não fazendo parte da presente estatística.

## INFRAÇÕES

As infrações de ética mais frequentes ocorreram contra os seguintes artigos do Código de Ética Médica: 2º, 4º, 5º, 12, 19, 29, 30, 34, 37, 57 e 69. Destes, a

infringência ao artigo 29 ocorreu em 30% dos casos – “praticar atos profissionais danosos aos pacientes, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”.

A seguir citamos, em ordem decrescente, os principais artigos do Código de Ética Médica infringidos:

### **Capítulo I**

#### **Princípios Fundamentais:**

*Artigo 2º - O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.*

*Artigo 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.*

*Artigo 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.*

*Artigo 12 – O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.*

*Artigo 19 – O médico deve ter, para com seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.*

### **Capítulo III**

#### **Responsabilidade Profissional**

*Artigo 29 – Praticar atos profissionais danosos aos pacientes, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.*

*Artigo 30 – Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.*

*Artigo 34 – Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovada.*

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

### **Capítulo V**

#### **Relação com pacientes e familiares**

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

*Artigo 69 – Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.*

## LUGAR NO RANKING

Entre as principais especialidades médicas relacionadas a denúncias no período desta pesquisa, a Anestesiologia encontra-se no levantamento em 12º lugar. Antes deste período, a especialidade encontrava-se em 7º lugar. Essa diminuição de denúncias deve-se ao aprimoramento dos Centros de Ensino e Treinamento em Anestesiologia, melhoria das condições de trabalho influenciadas pelas Resoluções dos Conselhos de Ética e pelas fiscalizações realizadas pelo Departamento de Fiscalização do Cremesp, em conjunto com a Vigilância Sanitária.

## CÓDIGOS

O Conselho Regional de Medicina tem a prerrogativa legal de receber denúncias, apurar os fatos, julgar os profissionais e ponderar qual sanção deve ser aplicada a cada tipo de infração do Código de Ética Médica (CEM).

O Código, que está em vigor com base na Resolução CFM nº 1.246/88 normatiza a responsabilidade ético-disciplinar, zelando pelo cumprimento irrestrito da boa prática médica, sendo complementada pela Lei Federal nº 3268/57, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e as sanções disciplinares a serem aplicadas quando ocorrem infrações ao Código (*leia o Código de Ética Médica, na íntegra, na página 99*).

O Código de Processo Ético-Profissional está regulamentado pela Resolução CFM nº 1.617/01, de 16 de maio de 2001 (*leia o texto, na íntegra, na página 115*), e segue as etapas processuais descritas abaixo:

O médico denunciado está sujeito à apuração da denúncia, que tem duas fases: a sindicância (expediente) é a fase preliminar para averiguação dos fatos denunciados, coleta de provas, manifestação escrita ou audiência com os envolvidos. São abertas a partir de denúncias encaminhadas ao CRM ou por iniciativa do próprio Conselho. Se forem constatados indícios de infração ética, passa-se à segunda fase, chamada de processo ético-disciplinar (PD). Instaurado o PD, segue-se a notificação do acusado e a fase da instrução do processo, quando o denunciante e o denunciado têm iguais oportunidades de apresentar provas de acusação e defesa, inclusive com a opção da presença de advogados. O próximo passo é o julgamento, realizado pelas Câmaras de Julgamento do CRM. São formadas por conselheiros, que decidirão pela inocência ou culpa do médico. O resultado deve ser homologado pelo Plenário de Conselheiros do CRM.

O poder de disciplinar e aplicar penalidade aos médicos compete exclusivamente ao CRM em que estavam inscritos na época em que ocorreu o ato punível.



## **PENAS**

As sanções disciplinares ao médico estão previstas no artigo 22 da Lei Federal 3268/57. Começam com Advertência Confidencial em Aviso Reservado, seguindo para Censura Confidencial em Aviso Reservado, Censura Pública em Publicação Oficial, Suspensão do Exercício Profissional por até 30 dias e Cassação do Exercício Profissional, que necessita ser referendado pelo Conselho Federal de Medicina.

Além da denúncia ao CRM, o paciente ou familiar insatisfeito tem o direito de acionar o profissional na Justiça, nas esferas Civil e Criminal.

# Plantão de Anestesiologia

---

Os plantões médicos de anestesiologia respeitam basicamente as mesmas normas que regem as demais especialidades médicas envolvidas neste tipo de atendimento. Tal normatização aplica-se não somente aos profissionais que cumprem plantões no próprio serviço de pronto-socorro, como também àqueles responsáveis pelos assim chamados plantões de disponibilidade ou à distância (Resolução Cremesp 74/96).

O atendimento de urgência/emergência na área de anestesiologia exige a presença diuturna dos médicos nos locais sob sua responsabilidade.

Assim sendo, cumpre ao Diretor Clínico das instituições hospitalares, juntamente com o Corpo Clínico, coordenar a confecção das escalas de plantão desses profissionais, bem como zelar para que as mesmas sejam cumpridas exemplarmente. Tal cuidado pode abranger, inclusive, a afixação de tais escalas em local público, para que as pacientes, ou seus acompanhantes, participem no controle do cumprimento das mesmas (Parecer Cremesp 15.063/94).

Três aspectos relativos ao plantão costumam ser os de maior interesse: 1. A passagem, 2. O abandono ou a falta e 3. A troca.

## **PASSAGEM DE PLANTÃO**

Para que um anestesiológista possa deixar o pronto-socorro no qual está cumprindo um plantão, ele deverá transferir ao seu substituto todas as informações pertinentes aos pacientes que até então estavam sob seus cuidados na sala de cirurgia ou na recuperação pós-anestésica. Assim sendo, precisa, obrigatoriamente, aguardar a chegada deste substituto. O plantonista que abandonar o pronto-so-

corro antes da chegada do médico que irá substituí-lo, estará violando os artigos 36 e 37 do Código de Ética Médica.

Na eventualidade do não comparecimento de seu substituto, cabe ao plantonista comunicar o fato ao Diretor Clínico do hospital para que o mesmo possa providenciar, o mais rapidamente possível, a presença de outro anesthesiologista, mesmo que para tal seja necessário trazer um profissional que não pertença ao Corpo Clínico da instituição. Tal medida deve ser adotada o mais rapidamente possível, evitando-se assim a permanência prolongada no plantão de um médico, muitas vezes desgastado por uma grande sobrecarga de trabalho.

### **ABANDONO OU FALTA AO PLANTÃO**

Os artigos 35, 36 e 37 do Código de Ética Médica definem de forma clara a responsabilidade dos profissionais escalados para cumprimento de plantões em serviços de urgência/emergência. Assim é, que incorre em infração ética o anesthesiologista que não comparecer ou ausentar-se de um plantão, sem deixar um substituto, salvo por motivo de força maior. Dentre os motivos que podemos citar como justificativas para tal ausência estão: doença do profissional, que o impeça de atuar com eficiência; catástrofes naturais (por exemplo, enchentes) que o impeçam de chegar ao local de trabalho; greves do transporte público (desde que o próprio serviço hospitalar não se comprometa a transportar o profissional), dentre outros.

Fica, portanto, claro que o não cumprimento por parte de um anesthesiologista de uma escala de plantões com a qual ele concordou, representa infração grave, pois desrespeita o artigo 2 do Código de Ética Médica. Mais ainda, tal infração independe do surgimento de prejuízos graves às possíveis pacientes (omissão de socorro) que compareçam ao serviço médico no período do seu plantão (Parecer Cremesp 22.791/87). Tal fato, além das punições éticas decorrentes, também pode acarretar sanções de ordem civil e penal, além das administrativas.

Com o intuito de evitar os problemas decorrentes de uma falta ou abandono de plantão, todo anesthesiologista que antecipadamente descobrir ser impossível comparecer a um plantão para o qual foi escalado, deverá comunicar o fato ao Diretor Clínico, em um prazo razoável para que este possa escalar outro médico para a data em questão. Ainda que o termo “razoável” possa parecer vago, o Cremesp em seu Parecer 60.732/98 definiu o prazo mínimo de 96 horas como aceitável para esta circunstância.

Finalizando, a inexistência de condições mínimas para a prática da anestesiologia em um serviço que atende casos de urgência/emergência, não permite ao profissional médico ausentar-se do plantão. Nesses casos ele deverá manter o atendimento da melhor maneira possível e, em respeito aos artigos 22 e 24 do Código de Ética Médica, informar os órgãos competentes (Comissão de Ética Médica ou Conselho Regional de Medicina) sobre as condições de trabalho na instituição.

### **TROCA DE PLANTÃO**

É permitido aos profissionais médicos que cumprem esquema de plantão realizar alterações nas escalas previamente fixadas. Todavia, tal fato deverá ser comunicado oficialmente ao Diretor Clínico do hospital, preferencialmente através de documento escrito e firmado por ambas as partes interessadas. Caso tal providência não seja tomada, o ônus de uma possível ausência naquele dia irá recair sobre o anestesiológico cujo nome consta na escala original.

### **PLANTÃO À DISTÂNCIA**

O plantão de disponibilidade de trabalho foi definido pela resolução do Cremesp nº 74/96, que visa a regulamentação da jornada de trabalho do profissional que se coloca à disposição para ser acionado por intermédio de pager, celular, telefone ou outro meio de comunicação que proporcione o atendimento pronto e pessoal quando solicitado.

Deve-se ter em conta que nos grandes centros urbanos, às voltas com condições de tráfego instáveis, esta situação poderá se revestir de grandes riscos, já que não raro os deslocamentos são bastante lentos e poderão implicar em danos às pacientes. Devemos frisar que a responsabilidade por eventuais falhas será reparada entre a instituição na qual se presta o serviço e o profissional que se dispõe a esta modalidade de trabalho.

A especialidade anestesiologia não compõe a equipe básica de assistência em Pronto-Socorro, regulamentada pela resolução do CFM nº 1451/95 que, em seu artigo 2º, define: “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 e ortopedia”.

Nas instituições cujo atendimento em anestesiologia é prestado, mas a demanda é pequena, recomenda-se a permanência do especialista, ao menos em

regime de disponibilidade. Tal situação comumente é verificada nos hospitais de pequeno porte das pequenas cidades do interior e periferia das grandes cidades.

O plantão à distância não pode ser confundido com atendimento à distância. Portanto deve-se ressaltar que, ao ser acionado, o médico deverá comparecer imediatamente ao local de trabalho e, de corpo presente, assumir a condução do caso até o seu término ou estabilização.

# Anestesiologista é membro obrigatório da equipe do PS

Resolução CFM nº 1.451/95 (D.O.U. 17/03/95)

---

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

§ 1º - 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.

§ 2º - Define-se por *emergência* a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

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

- Anestesiologia
- Clínica-Médica
- Pediatria
- Cirurgia-Geral

**Art. 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

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

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

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

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

**Art. 7º** - Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

# Normas para uso da Lidocaína

Resolução do CFM nº 1.409 (D.O.U. 08/06/94)

---

*“O uso de mais de 50% (3,5 mg/kg) da dose recomendada de lidocaína exige a presença do anestesiológico”.*

A Comissão de Normas Técnicas da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (CNT/SBA), recomenda:

**1. Anestesia local para pequenos procedimentos cirúrgicos** – em que a dose empregada não exceda a 10% da dose permitida (exemplo: retirada de verrugas, pequenas suturas ou spray de soluções apropriadas) pode ser praticada em qualquer ambiente ambulatorial, sem restrição.

*Justificativa:* dose total de 70 mg é equivalente a dois tubetes de lidocaína a 2% comumente empregada pelos odontólogos, cuja experiência demonstra eficácia e segurança. A absorção parcial ou total da dose não implica efeitos sistêmicos indesejáveis ou de risco iminente.

**2. Anestesia local para procedimentos de médio porte** – que impliquem aplicação de uma dose maior que 10% da recomendada, porém menor que 50%, deve ser realizada em ambiente cirúrgico, com veia canulada e paciente monitorizado (ECG e oximetria de pulso).

*Justificativa:* embora esta dose (supostamente de 350 mg) seja a metade da dose permitida, é suficientemente grande para provocar convulsão e/ou parada cardíaca, em caso de injeção intravascular acidental.

O uso do oxímetro de pulso mantém o médico informado da saturação da hemoglobina com oxigênio e o ECG mostra a qualidade do QRS e do ritmo cardíaco. A canulação prévia de uma veia permite a intervenção de emergência, no caso de um acidente de absorção maciça ou injeção intravascular acidental.



**3. Anestesia local para procedimento de grande porte** – que implique administração de uma dose maior que 50% da recomendada deve ser realizada em ambiente cirúrgico com veia canulada e paciente monitorizado (ECG e oximetria de pulso) e sob a supervisão e responsabilidade de um anesthesiologista qualificado.

*Justificativa:* Ao se aproximar da dose-limite para o paciente, ele fica numa situação subliminar de risco de convulsão, por absorção ou injeção intravascular acidental, que vai depender do local da injeção, da vascularização da área infiltrada, da velocidade de injeção e da velocidade de absorção. Nessas condições, a ausência de um anesthesiologista qualificado pode implicar risco de vida iminente, não havendo tempo hábil para se proceder à procura de ajuda.”

*Tais recomendações foram ratificadas nas considerações da Resolução CFM 1409/94 de 08 de Junho de 1994*

# Anestesia em pacientes operados por odontologistas

Resolução CFM n.º 1.536/98 que revogou a Resolução CFM n.º 852/78 (D.O.U. 11/11/98)

---

**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 a 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-hióidea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório.

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

**§ Único:** A realização do ato anestésico cirúrgico-ambulatorial deve obedecer aos critérios contidos na Resolução CFM nº 1409/94

**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.

# Condições técnicas para prática da Anestesiologia

Resolução CFM nº 1.363/93 (D.O.U. 22/03/93)

---

**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 esse 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 anestesia 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 sua realização, cabendo ao diretor técnico da instituição garantir tais condições.

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

I – Monitorização dos pacientes com esfigmomanômetro, estetoscópio pré-

cordial ou esofágico e cardioscópio;

*Obs.: para os anesthesiologistas do Estado de São Paulo, atentar para a Resolução SS n.º 169/96 (D.O.E. 20.06.1996 – pág. 11-3).*

II – Monitorização do CO<sub>2</sub> expirado e da saturação da hemoglobina, nas situações tecnicamente indicadas;

III – Monitorização da saturação da 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 cardiorrespiratória;

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 nº 851/78, de 04 de setembro de 1978.

# Normas para cirurgia ambulatorial

Resolução CFM nº 1.409/94 (D.O.U. 14/06/94)

---

**Considerando** que o médico deve envidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

**Considerando** as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução CFM 1363/93, de 12/03/93.

**Considerando** a necessidade de regulamentar a prática da cirurgia ambulatorial, dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos fora da Unidade Hospitalar, com a utilização de anestesia geral, sedação (venosa, muscular ou inalatória) ou anestesia loco-regional com doses de anestésico local superiores a 3,5 mg/kg de lidocaína (ou dose equipotente de outros anestésicos locais).

## **RESOLVE:**

**Art. 1.º** - Determinar aos médicos que, na prática de atos cirúrgicos e ou endoscópicos em regime ambulatorial, quando em unidade independente do Hospital, obedeçam às seguintes condições:

### **I – CONDIÇÕES DA UNIDADE**

- a) Condições estruturais higiênico-sanitárias do ambiente e condições de esterilização e desinfecção dos instrumentos de acordo com as normas vigentes;
- b) Registro de todos os procedimentos realizados;
- c) Condições mínimas para a prática de anestesia, conforme Resolução n.º 1363/93 do Conselho Federal de Medicina;
- d) Garantia de suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internamento, seja em acomodação própria, seja por convênio com hospital;

e) Garantia de assistência, após a alta dos pacientes, em decorrência de complicações, durante 24 horas por dia, seja em estrutura própria ou por convênio com unidade hospitalar.

## **II – CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO PACIENTE**

a) Paciente com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela doença cirúrgica, e paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada;

b) Procedimentos cirúrgicos que não necessitem de cuidados especiais no pós-operatório;

c) Exigência de acompanhante adulto, lúcido e previamente identificado.

## **III – CONDIÇÕES DE ALTA DO PACIENTE DA UNIDADE**

a) Orientação no tempo e no espaço;

b) Estabilidade dos sinais vitais, há pelo menos 60 (sessenta) minutos;

c) Ausência de náuseas e vômitos;

d) Ausência de dificuldade respiratória;

e) Capacidade de ingerir líquidos;

f) Capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia permitir;

g) Sangramento mínimo ou ausente;

h) Ausência de dor de grande intensidade;

i) Ausência de sinais de retenção urinária;

j) Dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos e pós-operatórios, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

**Art. 2.º** - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

# Regimento Interno do Corpo Clínico

Resolução CFM n.º 1.481/97 (D.O.U. 08/09/97)

---

## DEFINIÇÃO

O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

**Obs.:** Nas instituições em que a expressão “corpo clínico” designar a totalidade de profissionais de nível superior que nela atuem, estas diretrizes aplicar-se-ão ao conjunto de médicos reunidos sob qualquer outra denominação.

## OBJETIVOS

O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

- contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;
- colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- estimular a pesquisa médica;
- cooperar com a administração da Instituição visando à melhoria da assistência prestada;
- estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

## COMPOSIÇÃO

O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados



com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição (*art. 25 do Código de Ética Médica*).

### **ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO**

O Regimento Interno deverá prever a existência do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos Diretores Técnico e Clínico e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

### **ELEIÇÃO**

O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética, serão eleitos por votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

### **COMPETÊNCIAS**

O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

- freqüentar a instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- participar das suas Assembléias e Reuniões Científicas;
- votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;
- eleger o Diretor Clínico e seu substituto, Chefes de Serviço, bem como a Comissão de Ética;
- decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros, garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- colaborar com a administração da Instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.

### **DELIBERAÇÕES**

O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quorum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 (uma) hora, com qualquer

número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar Assembléias Extraordinárias, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

### DIREITOS E DEVERES

O Regimento Interno deverá prever **os direitos** dos seus integrantes, respeitando como fundamentais:

- autonomia profissional;
- admissão e exclusão de membros serão decididas pelo Corpo Clínico, garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- acesso à Instituição e a seus serviços;
- participação em Assembléias e Reuniões;
- direito de votar e conforme o caso, ser votado;
- receber a remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;
- decidir sobre a prestação dos serviços médicos no hospital, resguardando-se o direito do médico de decidir autonomamente sobre o atendimento a convênios, resguardados os princípios éticos;
- comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Os deveres dos integrantes do Corpo Clínico também deverão ser claramente expressos, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da Instituição, por fatos de natureza administrativa, através de sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados. A penalidade de exclusão deverá ser homologada em Assembléia do Corpo Clínico. Devem ser claramente mencionados **os deveres** de:

- obediência ao Código de Ética Médica, aos Estatutos e ao Regimento Interno da Instituição;
- assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e dentro da melhor técnica em seu benefício;
- colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;
- participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;

- cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;
- colaborar com as Comissões específicas da Instituição;
- deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de emergência.

Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição.

*Publicada no D.O.U., Seção I, n.º 172, de 08.09.97, página 19.802.*

*Publicada no D.O.U., Seção I, n.º 173, de 09.09.97, página 19.936.*

*Publicada no D.O.U., Seção I, n.º 190, de 02.10.97, página 22.138.*

# Responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico

Resolução CFM nº 1.342/91 (D.O.U. 16/04/91)

---

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

Considerando que ao Diretor Clínico compete a supervisão da prática médica realizada na instituição.

**ARTIGO 1º** - Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, os quais, nos âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo de apuração penal ou civil.

**ARTIGO 2º** - São atribuições do Diretor Técnico

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

**ARTIGO 3º** - São atribuições do Diretor Clínico

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

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

**ARTIGO 5º** - *Revogado conforme artigo 1º da Resolução CFM nº 1.352/92:* - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Face às peculiaridades das instituições, é permitido ao médico o exercício simultâneo das funções de Diretor Técnico e de Diretor Clínico.

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

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A substituição do Diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o Diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.

**ARTIGO 7º** - Fica estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias para a observância da presente Resolução pelas instituições e pelos profissionais médicos.

# Responsabilidade do Médico Residente

Processo Consulta CFM n.º 0913/91

---

**Assunto:** Responsabilidade Ética do Médico Residente por Atos Médicos Realizados.

**Indagação:** Responsabilidade ética de Médicos Residentes e Preceptores quando da realização de atos médicos inerentes ao programa de treinamento dos diversos programas de Residência Médica.

**Questões levantadas:**

- O Médico Residente no desempenho específico de sua função de residente é eticamente responsável pelos seus atos médicos cometidos?

- A presença ou não do médico preceptor, ao seu lado, pode ou deve ser levada em consideração para definir ou não a responsabilidade de um ou de outro (residente e preceptor), perante o ato eventualmente discutido?

- O registro de Médico Residente num Conselho Regional de Medicina transfere ou ampara ao mesmo Médico Residente, enquanto Médico Residente e no comprovado desempenho de sua atividade dentro do Programa de Residência, a responsabilidade ética pelas conseqüências de seus atos de Médico Residente?

Sobre o assunto, o Bel. João Carlos de Lima, Assessor Jurídico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, apresentou parecer fundamentado durante a 1.394ª Reunião Plenária daquela Regional realizada em 28/05/90, o qual adotamos como parte substancial deste parecer. Assim se pronunciou o citado jurista:

“A consulta acha-se fundamentada nas recentes organizações que tentam responsabilizar juridicamente profissionais que venham a incidir em erros médicos.

Preliminarmente, é de se esclarecer que nos termos do artigo 17 da Lei nº

3.268 de 30 de setembro de 1957, os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer dos seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Com efeito, o médico ao se inscrever no Conselho Regional de Medicina adquire a prerrogativa de exercer a profissão, visto que a exigência “sine qua non” está satisfeita.

Em que pese a preocupação do consulente, temos que a Residência Médica, conforme dispões o artigo 1º da Lei 6.932, de 07/07/81, é uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

*Do texto, legal, podemos extrair tópicos visando estabelecer parâmetros de atuação do médico residente.*

**1 – A Residência Médica é definida como modalidade de ensino de pós-graduação.**

A pós-graduação, “*latu sensu*”, é o complemento da aprendizagem, onde o Residente vai ter o contato direto com o paciente, colocando em prática a teoria obtida nos bancos acadêmicos.

Configura-se, pois, a prática médica, onde o Residente aprimora as habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões.

**2 – O segundo tópico é a caracterização da Residência Médica por treinamento em serviço.**

É evidente que, em se tratando de aprimoramento, o médico residente ao desempenhar suas atividades, tem sobre si a responsabilidade pelos atos que pratica.

Neste sentido, o Residente é avaliado acerca dos conhecimentos e habilidades, recebendo supervisão do treinamento.

**3 – Por último, o texto menciona a responsabilidade de instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.**

O Médico Residente, apesar de toda a supervisão e orientação, conforme já enfocado, subtende-se que tenha os necessários conhecimentos para tratar da vida humana.

Com efeito, o Residente, ao prestar atendimento ao paciente, assume a responsabilidade direta pelos atos decorrentes, não podendo, em hipótese alguma, atribuir o insucesso a terceiros.

Tal entendimento acha-se embasado no Código de Ética em vigor, em seus artigos 29 ao 34, cuja leitura é recomendada.

Desta forma, apesar da possibilidade de ocorrência de aspectos negativos na formação profissional, temos que entre o paciente e o médico existe uma relação jurídica perfeitamente definida por dispositivos legais, existindo para ambos os direitos e deveres.

Destaca-se entre os deveres dos médicos a responsabilidade. Entre os direitos do paciente, o de não sofrer dano por culpa do médico.

Assim, em conclusão, entendemos que não há como isentar Residentes, Internos e Docentes da responsabilidade jurídica por eventuais danos, uma vez caracterizada a prática de ato ilícito”.

No que tange à responsabilidade ética do preceptor, por atos médicos realizados por Médicos Residentes sob a sua supervisão, entendemos que tal responsabilidade é conseqüente ao caráter peculiar da tarefa da preceptoria, redundando no que o Prof. Genival Veloso França, em seu livro “Direito Médico”, define por “Responsabilidade Derivada” ou “Responsabilidade Compartida”. Nela cada membro de uma equipe médica carrega consigo a co-responsabilidade por atos médicos executados no âmbito da instituição prestadora da assistência médica.

Concluindo, entendemos que tanto o Médico Residente quanto o Preceptor estão passíveis de responderem ética e juridicamente por atos médicos realizados bastando, para tanto, que cada instância judicante defina a responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe médica pelo ato médico realizado.

*Obs.: O residente em processo de aprendizado, segundo as normas do programa de residência médica, tem direito a um preceptor que o oriente e esse preceptor não pode exercer atividade em duas ou mais salas simultaneamente, sem resvalar numa infração crítica, segundo processo consulta.*



# Código de Ética Médica

Resolução CFM n.º 1246/88

## PREÂMBULO

I. O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

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

III. Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV. A fim de se garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infringência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Medicina.

V. A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética, das autoridades das áreas de saúde e dos médicos em geral.

VI. Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

## CAPÍTULO I PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

**Art. 1º** – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

**Art. 2º** – 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. 3º** – 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.

**Art. 4º** – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

**Art. 5º** – O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

**Art. 6º** – O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará 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.

**Art. 7º** – O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

**Art. 8º** – O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

**Art. 9º** – A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

**Art. 10º** – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

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

**Art. 12º** – O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

**Art. 13º** – O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

**Art. 14º** – 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.

**Art. 15º** – Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignida-

de profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

**Art. 16º** – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

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

**Art. 18º** – As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

**Art. 19º** – O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

## CAPÍTULO II DIREITOS DO MÉDICO

É direito do médico:

**Art. 20º** – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

**Art. 21º** – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

**Art. 22º** – Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

**Art. 23º** – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

**Art. 24º** – Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

**Art. 25º** – Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

**Art. 26º** – Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

**Art. 27º** – Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

**Art. 28º** – Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

### **CAPÍTULO III** **RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL**

É vedado ao médico:

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

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

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

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

**Art. 33º** – Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 44º** – Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

**Art. 45º** – Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

## **CAPÍTULO IV DIREITOS HUMANOS**

É vedado ao médico:

**Art. 46º** – 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. 47º** – Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

**Art. 48º** – Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

**Art. 49º** – Participar da prática de tortura ou formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

**Art. 50º** – Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.

**Art. 51º** – Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

**Art. 52º** – Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

**Art. 53º** – Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

**Parágrafo Único** – Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

**Art. 54º** – Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

**Art. 55º** – Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

## CAPÍTULO V

### RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

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

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

**Art. 58º** – Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

**Art. 59º** – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo

possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

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

**Art. 61º** – Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

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

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

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

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

**Art. 66º** – Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

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

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

**Art. 69º** – Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

**Art. 70º** – Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

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

## **CAPÍTULO VI DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

É vedado ao médico:

**Art. 72º** – Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

**Art. 73º** – Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

**Art. 74º** – Retirar órgão de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

**Art. 75º** – Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

## **CAPÍTULO VII RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS**

É vedado ao médico:

**Art. 76º** – Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente na localidade.

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

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

**Art. 79º** – Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

**Art. 80º** – Praticar concorrência desleal com outro médico.

**Art. 81º** – Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comuni-



car imediatamente o fato ao médico responsável.

**Art. 82º** – Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

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

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

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

## **CAPÍTULO VIII**

### **REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL**

É vedado ao médico:

**Art. 86º** – Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.

**Art. 87º** – Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido ou por serviços não efetivamente prestados.

**Art. 88º** – Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeitos de cobrança de honorários.

**Art. 89º** – Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

**Art. 90º** – Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

**Art. 91º** – Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

**Art. 92º** – 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.

**Art. 93º** – Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

**Art. 94º** – Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimen-

tos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

**Art. 95º** – Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

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

**Art. 97º** – Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

**Art. 98º** – Exercer a profissão com interação ou dependência, de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

**Art. 99º** – Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.

**Art. 100º** – Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

**Art. 101º** – Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

## **CAPÍTULO IX SEGREDO MÉDICO**

É vedado ao médico:

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

**Parágrafo Único** – Permanece essa proibição:

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

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

**Art. 103º** – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade

de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

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

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

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

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

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

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

## **CAPÍTULO X**

### **ATESTADO E BOLETIM MÉDICO**

É vedado ao médico:

**Art. 110º** – Fornecer atestado sem praticar o ato profissional que o justifique ou que não corresponda à verdade.

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

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

**Parágrafo Único** – O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

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

**Art. 114º** – 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. 115º** – Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

**Art. 116º** – Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

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

## **CAPÍTULO XI PERÍCIA MÉDICA**

É vedado ao médico:

**Art. 118º** – Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

**Art. 119º** – Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado ou participado pessoalmente do exame.

**Art. 120º** – Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

**Art. 121º** – Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

## **CAPÍTULO XII PESQUISA MÉDICA**

É vedado ao médico:

**Art. 122º** – Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

**Art. 123º** – Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e consequências 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.

**Art. 124º** – 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.

**Art. 125º** – Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.

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

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

**Art. 128º** – Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

**Art. 129º** – Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

**Art. 130º** – Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

### **CAPÍTULO XIII** **PUBLICIDADE E TRABALHOS CIENTÍFICOS**

É vedado ao médico:

**Art. 131º** – Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

**Art. 132º** – Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

**Art. 133º** – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

**Art. 134º** – Dar consulta, diagnóstico ou prescrição, por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

**Art. 135º** – Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

**Art. 136º** – Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

**Art. 137º** – Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

**Art. 138º** – Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

**Art. 139º** – Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

**Art. 140º** – Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

#### **CAPÍTULO XIV DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 141º** – O médico portador de doença, incapacitante de exercer a Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

**Art. 142º** – O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

**Art. 143º** – O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

**Art. 144º** – As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

**Art. 145º** – O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética Médica (DOU de 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM n.º 1.154 de 13/04/84) e demais disposições em contrário.

# Código de Processo Ético Disciplinar

Resolução CFM nº 1.617, de 16 de maio de 2001 (D.O.U. 16/07/01)

*O CFM modificou o Código de Processo Ético Disciplinar em 16 de maio de 2001, introduzindo novas normas e prazos, no sentido de evitar distorções. Em muitas situações, tanto a defesa como a revisão no código anterior seguem na íntegra o novo regimento.*

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, consubstanciado nas Leis nº 6.838, de 29 de outubro de 1980, e Lei 9.784, de 29 de janeiro de 1.999;

**CONSIDERANDO** que as normas do Processo Ético-Profissional devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

**CONSIDERANDO** as propostas formuladas pelos Conselhos Regionais de Medicina para a elaboração de um novo Código de Processo Ético-Profissional;

**CONSIDERANDO** as sugestões recebidas das várias Corregedorias, Assessorias Jurídicas dos Conselhos de Medicina e de juristas interessados na Área do Direito Médico;

**CONSIDERANDO** que a prática cotidiana na utilização do anterior Código de Processo Ético Profissional pelos Conselhos de Medicina vislumbrou a necessidade de diversos aperfeiçoamentos na referida norma, para melhor avaliar e sopesar as infrações éticas, de forma mais ágil e eficaz;

**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. 142 do Código de Ética Médica (CEM) que preceitua que “o médico está obrigado a acatar e respeitar os acórdãos e resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina”;

**CONSIDERANDO** o vigorante princípio constitucional do devido processo legal que na sua importância preleciona que o poder de punir não toma por sustentáculo tão-somente o cometimento de transgressão, mas exige que seja instaurado o respectivo procedimento apenatório, respeitando-se o direito de ampla defesa;

**CONSIDERANDO** a necessidade de um procedimento mais célere e menos formal para o universo dos procedimentos ético-disciplinares;

**CONSIDERANDO** o que ficou decidido na Sessão Plenária de 16 de maio de 2001.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar o Código de Processo Ético- Profissional anexo, que passa a fazer parte desta resolução.

§ 1º - Conferir o efeito geral ao referido Código, tornando obrigatória a sua aplicação a todos os Conselhos de Medicina;

§ 2º - As normas do novo Código serão aplicadas de imediato aos processos ético-profissionais em trâmite, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

**Art. 2º** - O presente Código entrará em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM nº 1.464/96 e demais disposições em contrário.

**Edson de Oliveira Andrade**  
Presidente do Conselho

**Rubens dos Santos Silva**  
Secretário-Geral



## CAPÍTULO I DO PROCESSO EM GERAL

### SEÇÃO I

#### Das Disposições Gerais

**Art. 1º** - O processo ético-profissional, nos Conselhos de Medicina, reger-se-á por este Código e tramitará em sigilo processual.

**Art. 2º** - A competência para apreciar e julgar infrações éticas será atribuída ao Conselho Regional de Medicina onde o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência.

§ 1º - No caso de a infração ética ter sido cometida em local onde o médico não possua inscrição, a apuração dos fatos será realizada onde ocorreu o fato.

§ 2º - A apreciação e o julgamento de infrações éticas de Conselheiros obedecerá às seguintes regras:

I - a sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu;

II – decidida a instauração de Processo Ético-Profissional a instrução ocorrerá no Conselho Regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de Medicina para desaforamento do julgamento.

**Art. 3º** - O processo terá a forma de autos judiciais, com as peças anexadas por termo, e os despachos, pareceres e decisões serão exarados em ordem cronológica e numérica.

**Art. 4º** - Os Presidentes dos Conselhos de Medicina poderão delegar aos Corregedores a designação, mediante o critério de distribuição ou sorteio, dos Conselheiros Sindicante, Instrutor, Relator e Revisor.

**Art. 5º** - Os Conselhos de Medicina poderão ser compostos em Câmaras, sendo obrigatória a existência de Câmaras(s) de Julgamento de Sindicâncias.

### SEÇÃO II

#### Da Sindicância

**Art. 6º** - A sindicância será instaurada:

I – “ex-offício”;

II - mediante denúncia por escrito ou tomada a termo, na qual constem o relato dos fatos e a identificação completa do denunciante;

III - pela Comissão de Ética Médica, Delegacia Regional ou Representação que tiver ciência do fato com supostos indícios de infração ética, devendo esta

informar, de imediato, tal acontecimento ao Conselho Regional.

§ 1º - As denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais Medicina somente serão recebidas quando devidamente assinadas e, se possível, documentadas.

§ 2º - Não ocorrendo a hipótese do § 1º, caberá ao Conselheiro Corregedor fixar prazo de 10 (dez) dias para a complementação da denúncia.

§ 3º - Uma vez não cumprido pelo denunciante o disposto no § 2º, caberá ao Conselheiro Corregedor, encaminhar a matéria à primeira sessão de Câmara, com despacho fundamentado.

**Art. 7º** - Instaurada a sindicância, nos termos dos incisos I, II e III e do art. 6º, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor nomeará um Sindicante para, no prazo de até 30 (trinta) dias, prorrogável, a critério do Presidente ou Corregedor, apresentar relatório contendo a descrição dos fatos, circunstâncias em que ocorreram, identificação das partes e conclusão sobre a existência ou inexistência de indícios de infração ética.

**Art. 8º** - Do julgamento do relatório da sindicância poderá resultar:

I – arquivamento da denúncia com sua fundamentação, ou baixa em diligência;

II - homologação de procedimento de conciliação;

III - instauração do Processo Ético-Profissional.

**Parágrafo único** - Do termo de abertura do Processo Ético-Profissional constarão os fatos e a capitulação do delito ético.

**Art. 9º** - Será facultada a conciliação de denúncias de possível infração ao Código de Ética Médica, com a expressa concordância das partes, até o encerramento da sindicância.

§ 1º - Realizada a audiência e aceito, pelas partes, o resultado da conciliação, o Conselheiro Sindicante elaborará relatório circunstanciado sobre o fato, para aprovação pela Câmara, com a respectiva homologação pelo Pleno do Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - O procedimento de conciliação orientar-se-á pelos critérios de oralidade, simplicidade, informalidade e economia processual.

§ 3º - Não caberá recurso no procedimento de conciliação, se aceito, pelas partes, o resultado da mesma.

§ 4º - Resultando inexitosa a conciliação, a sindicância prosseguirá em seus termos.

**Art. 10** - Na homologação de conciliação não será permitido acerto pecuniário.

## CAPÍTULO II DO PROCESSO EM ESPÉCIE

### SEÇÃO I

#### Da Instrução

**Art. 11** - Decidida a instauração de Processo Ético-Profissional, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor terá o prazo de 5 (cinco) dias para nomear o Conselheiro Instrutor, o qual terá 60 (sessenta) dias para instruir o processo.

§ 1º - O prazo de instrução poderá ser prorrogado, quantas vezes for necessário, por solicitação motivada do Conselheiro Instrutor, a critério do Presidente ou do Conselheiro Corregedor do Conselho.

§ 2º - Após a instauração de Processo Ético-Profissional, o mesmo não poderá ser arquivado por desistência das partes, exceto por do óbito do denunciado, quando então será extinto o feito com a anexação da declaração de óbito.

§ 3º - Durante a instrução, surgindo novos fatos ou evidências, o Instrutor poderá inserir outros artigos não previstos na capitulação inicial, garantido o contraditório e a ampla defesa, sendo remetida ao plenário para apreciação.

**Art. 12** - O Conselheiro Instrutor promoverá, ao denunciado, citação para apresentar defesa prévia no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de juntada do aviso de recebimento, assegurando-lhe vistas dos autos do processo na secretaria do Conselho ou fornecendo-lhe cópia da íntegra dos autos.

**Parágrafo único** - A citação deverá indicar os fatos considerados como possíveis infrações ao Código de Ética Médica e sua capitulação.

**Art. 13** - Se o denunciado não for encontrado, ou for declarado revel, o Presidente do Conselho ou Conselheiro Corregedor designar-lhe-á um defensor dativo.

**Art. 14** - O denunciante será qualificado e interrogado sobre as circunstâncias da infração e as provas que possa indicar, tomando-se por termo suas declarações.

**Art. 15** - Os advogados das partes ou o defensor dativo não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e nas respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do Conselheiro Instrutor.

**Art. 16** - Antes de iniciar o interrogatório, o Conselheiro Instrutor cientificará ao denunciado que está desobrigado de responder às perguntas que lhe forem formuladas.

**Art. 17** - O denunciado será qualificado e, depois de cientificado da denúncia, interrogado sobre os fatos relacionados com a mesma, inclusive se conhece o denunciante e as testemunhas arroladas, e o que tem a alegar sobre os fatos.

**Art. 18** - Se houver mais de um denunciado, cada um será interrogado individualmente.

**Art. 19** - Consignar-se-ão as perguntas que o(s) depoente(s) deixar(em) de responder, juntamente com as razões de sua abstenção.

**Art. 20** - As partes poderão arrolar até 5 (cinco) testemunhas, até a data do encerramento da instrução.

§ 1º - As perguntas das partes serão requeridas ao Conselheiro Instrutor, que, por sua vez, as formulará as testemunhas.

§ 2º - Serão recusadas as perguntas que não tiverem estrita relação com o processo ou importarem em repetição de outra(s) já respondida(s).

**Art. 21** - A testemunha declarará seu nome, profissão, estado civil e residência bem como se é parente e em que grau de alguma das partes, ou quais suas relações com qualquer delas, e relatará o que souber, explicando, sempre, as razões de sua ciência.

**Art. 22** - O Conselheiro Instrutor, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas, além das arroladas pelas partes, sempre fundamentando sua decisão.

**Art. 23** - O Conselheiro Instrutor não permitirá que as testemunhas manifestem suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

**Art. 24** - Os depoimentos serão reduzidos a termo e assinados pelos depoentes, pelas partes e pelo Conselheiro Instrutor.

**Art. 25** - A acareação será admitida entre denunciante, denunciado e testemunhas, sempre que suas declarações divergirem sobre fatos ou circunstâncias relevantes.

**Art. 26** - Se o intimado, sendo denunciante, denunciado ou testemunha, for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas no Código de Ética Médica.

**Art. 27** - Se o intimado, sendo denunciante, denunciado ou testemunha, não for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas em Lei.

**Art. 28** - Concluída a instrução, será aberto o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação das razões finais, primeiramente ao(s) denunciante(s) e, em seguida, ao(s) denunciado(s), com prazo comum entre mais de um denunciante e entre mais de um denunciado.

**Parágrafo único** - Estando todas as partes presentes à última audiência, po-

derão ser intimadas pessoalmente para apresentação de razões finais, devendo ser registrada em ata, passando a correr dali os respectivos prazos.

**Art. 29** - Após a apresentação das alegações finais e análise do parecer processual da Assessoria Jurídica, o Conselheiro Instrutor proferirá relatório circunstanciado que será encaminhado ao Presidente ou ao Corregedor do Conselho Regional de Medicina.

**Parágrafo único** - Até a data da Sessão de Julgamento, o Conselheiro Corregedor, verificando a existência de qualquer vício ou irregularidade, poderá intervir nos autos e, por meio de despacho fundamentado, determinar a realização de atos a serem executados.

## SEÇÃO II

### Do Julgamento

**Art. 30** - O Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor, após o recebimento do processo, devidamente instruído, terá o prazo de 10 (dez) dias para designar o Conselheiro Relator e o Revisor, os quais ficarão responsáveis pela elaboração de relatórios a serem entregues em 60 (sessenta) e 30 (trinta) dias, respectivamente, podendo ser prorrogados, quantas vezes for necessário, por motivo justificado e a critério do Presidente ou Corregedor do Conselho.

§ 1º - O Relator e o Revisor poderão, dentro dos prazos acima estabelecidos, solicitar ao Presidente ou ao Conselheiro Corregedor que remeta os autos ao Conselheiro Instrutor para novas diligências, indicando quais as providências cabíveis e estabelecendo o prazo para cumprimento da requisição.

§ 2º - O Conselheiro Instrutor poderá ser designado Conselheiro Relator.

**Art. 31** - Recebidos os relatórios do Relator e Revisor, o Presidente ou o Conselheiro Corregedor determinará a inclusão do processo na pauta de julgamento.

**Art. 32** - As partes serão intimadas da data de julgamento com a antecedência mínima 10 (dez) dias.

**Art. 33** - Na abertura da sessão de julgamento, as partes e seus representantes, após as exposições efetuadas pelo Relator e Revisor, vedada qualquer manifestação de voto, o Presidente da Sessão dará a palavra, sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e ao(s) denunciado(s), pelo tempo improrrogável de 10(dez) minutos, para sustentação oral.

**Parágrafo único** - Feita a sustentação oral, os Conselheiros poderão solicitar

esclarecimentos sobre o processo ao Relator, Revisor e, por intermédio do Presidente da Sessão de julgamento, às partes.

**Art. 34** - Após os esclarecimentos, discussão e decisão das preliminares e discussão dos fatos, vedada qualquer manifestação de voto conclusivo pelos Conselheiros, será concedido o tempo final de 5 (cinco) minutos sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e denunciado(s), para novas manifestações orais.

**Art. 35** - Após a manifestação final das partes, o Presidente da Sessão de julgamento dará, pela ordem, a palavra aos Conselheiros que a solicitarem, para:

I - requerer vista dos autos do processo, apresentando-o com relatório de vista em até 30 (trinta) dias, para novo julgamento;

II - requerer a conversão dos autos do processo em diligência, com aprovação da maioria dos Conselheiros presentes no plenário ou câmara, caso em que determinará as providências que devam ser tomadas pelo Conselheiro instrutor, no prazo de 60 (sessenta) dias prorrogáveis, ao qual remeterá o processo, retornando os autos ao Presidente ou Corregedor para pautar novo julgamento.

**Art. 36** - No julgamento, os votos serão proferidos, quanto a preliminares, mérito, capitulação e apenação, quando houver, oral e seqüencialmente, pelo Conselheiro Relator Revisor, manifestação de voto, divergente ou não, quando houver e, ao final, pelos demais Conselheiros.

§ 1º - O Presidente da sessão votará, na forma estabelecida no Regimento Interno de cada Conselho.

§ 2º - O Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei não poderá abster-se de votar.

**Art. 37** - Proferidos os votos, o Presidente anunciará o resultado do julgamento, designando para redigir o acórdão o Relator ou o Revisor e; se estes forem vencidos, a redação caberá ao Conselheiro que propôs o voto vencedor.

**Art. 38** - As partes e seus procuradores e o defensor dativo serão intimados da decisão nos termos do art. 67 deste Código.

**Art. 39** - O julgamento far-se-á a portas fechadas, sendo permitida apenas a presença das partes e seus procuradores, Assessoria Jurídica dos Conselhos de Medicina, Corregedores e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar nos Conselhos de Medicina necessários para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica até o encerramento da sessão.

**Art. 40** - As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais são as previstas em Lei.

### **CAPÍTULO III DOS IMPEDIMENTOS**

**Art. 41** - É impedido de atuar em Processo Etico-Profissional o Conselheiro que:

I - tenha interesse direto ou indireto na matéria;

II - tenha participado como perito, testemunha ou representante, ou se tais situações ocorrem quanto ao cônjuge, companheiro ou parente e afins até o terceiro grau;

III - esteja litigando, judicial ou administrativamente, com o interessado ou respectivo cônjuge ou companheiro(a).

**Art. 42** - O Conselheiro que incorrer em impedimento deve comunicar o fato ao Presidente do Conselho, abstendo-se de atuar.

### **CAPÍTULO IV DAS NULIDADES**

**Art. 43** - Nenhum ato será declarado nulo, se da nulidade não resultar prejuízo para as partes.

**Art. 44** - A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

I - por suspeição argüida contra membros do Conselho, sendo apreciada na sessão de julgamento e acolhida pelo Plenário;

II - por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.

**Art. 45** - Nenhuma das partes poderá argüir nulidade a que haja dado causa, para a qual tenham concorrido ou referente à formalidade cuja observância só à parte contrária interesse.

**Art. 46** - Não será declarada nulidade de ato processual que não houver influído na apuração da verdade substancial ou na decisão da causa.

**Art. 47** - As nulidades considerar-se-ão sanadas:

I - se não forem argüidas em tempo oportuno;

II - se, praticado por outra forma, o ato atingir suas finalidades;

III - se a parte, ainda que tacitamente, aceitar seus efeitos.

**Art. 48** Os atos cuja nulidade não for sanada na forma do art. 47 serão renovados ou retificados.

**Parágrafo único.** Declarada a nulidade de um ato, considerar-se-ão nulos todos os atos dele derivados.

**Art. 49** - A nulidade dos atos deve ser alegada na primeira oportunidade em que couber à parte falar nos autos, sob pena de preclusão.

## CAPÍTULO V DOS RECURSOS

### SEÇÃO I

#### Disposições Gerais

**Art. 50** Caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias:

I - às Câmaras de Sindicância do Conselho Federal de Medicina, das decisões de arquivamento proferidas pelas Câmaras de Sindicância dos Conselhos Regionais;

II - ao Pleno do Conselho Regional, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras, onde houver;

III - as Câmaras do CFM, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por unanimidade, pelas Câmaras dos Conselhos Regionais ou das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria ou unanimidade, pelo Pleno dos Conselhos Regionais;

IV - ao Pleno do CFM, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras do CFM ou das decisões de cassação do exercício profissional proferidas pelos Conselhos Regionais.

**Parágrafo único** - Os recursos terão efeito suspensivo, podendo ocorrer o agravamento da pena, se interposto recurso pelo denunciante.

**Art. 51** - Após o recebimento do recurso, a outra parte será intimada para, querendo, apresentar as contra-razões, no prazo de 30 (trinta) dias.

### SEÇÃO II

#### Da Revisão do Processo

**Art. 52** - Caberá a revisão do Processo Ético-Profissional condenatório, pelo Conselho Federal de Medicina, a qualquer tempo, contado da publicação do acórdão.

**Parágrafo único** - A revisão do processo disciplinar findo será admitida quando se descobrirem novas provas que possam inocentar o médico condenado ou por condenação baseada em falsa prova.

**Art. 53** - Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do médico.

**Parágrafo único** - Da revisão do processo ético-profissional não poderá resultar agravamento de penalidade.

**Art. 54** - O pedido de revisão do Processo Ético-Profissional transitado em julgado será dirigido ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, que nome-



ará um Conselheiro Relator para elaboração de relatório, o qual será apresentado ao Pleno para análise e julgamento das novas provas apresentadas pelo médico condenado.

§ 1º - No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas prescritas no Capítulo III do presente Código.

§ 2º - O pedido de revisão não terá efeito suspensivo.

**Art. 55** - São partes legítimas para a revisão:

I - o profissional punido, pessoalmente ou por intermédio de procurador habilitado;

II - o cônjuge, descendente, ascendente e irmã(o), em caso de falecimento do condenado;

III - o curador, se interdito.

**Parágrafo único** - Quando, no curso da revisão, falecer o profissional requerente, será ele substituído por qualquer das pessoas referidas no inciso II, ou nomeado curador para a defesa, quando nenhum substituto se apresentar no prazo de 60 (sessenta) dias.

**Art. 56** - Julgando procedente a revisão, o Conselho Federal de Medicina poderá anular o Processo Ético-Profissional, alterar a capitulação, reduzindo a pena ou absolver o profissional punido.

## **CAPÍTULO VI DA EXECUÇÃO**

**Art. 57** - Transitada em julgado a decisão e, no caso de recurso, publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para execução.

**Art. 58** - As execuções das penalidades impostas Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina serão processadas na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo as penalidades anotadas no prontuário do médico infrator.

§ 1º - As penas públicas serão publicadas no Diário Oficial, em jornal de grande circulação, em jornal local onde o médico exerce suas funções e nos jornais ou boletins dos Conselhos.

§ 2º - No caso de cassação do exercício profissional e da suspensão por 30 (trinta) dias, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

## CAPITULO VII DA REABILITAÇÃO

**Art. 59** - Decorridos 5 (cinco) anos após o cumprimento da pena e sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, poderá o médico requerer sua reabilitação ao Conselho Regional de Medicina onde está escrito, com a retirada de seu prontuário dos apontamentos referentes a condenações anteriores.

§ 1º - Exclui-se da concessão do benefício do caput deste artigo o médico punido com a pena de cassação do exercício profissional.

§ 2º - Quando a sanção disciplinar resultar da prática de crime, o pedido de reabilitação depende, também, da correspondente reabilitação criminal.

## CAPÍTULO VIII DA PRESCRIÇÃO

**Art. 60** - A punibilidade por falta ética sujeita a processo ético-profissional prescreve em 5 (cinco) anos, contados a partir da data do conhecimento do fato pelo Conselho Regional de Medicina.

**Art. 61** - São causas de interrupção de prazo prescricional:

I - o conhecimento expresso ou a citação do denunciado, inclusive por meio de edital;

II - a apresentação de defesa prévia;

III - a decisão condenatória recorrível;

IV - qualquer ato inequívoco, que importe apuração dos fatos.

**Art. 62** - Todo processo disciplinar paralisado há mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado ex-offício ou sob requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

**Art. 63** - A execução da pena aplicada prescreverá em 5 (cinco) anos, tendo como termo inicial a data da publicação do acórdão.

**Art. 60** - Quando o fato objeto do Processo Ético-Profissional também constituir crime, a prescrição reger-se-á pelo prazo previsto na lei penal.

**Art. 65** - Deferida a medida judicial de suspensão da apuração ética, o prazo prescricional fica suspenso até a revogação da medida quando o prazo voltará a fluir.

## CAPITULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

**Art. 66** - Aos Conselheiros Corregedores, Sindicantes ou Instrutor caberá

prover todos os atos que julgarem necessários à conclusão e elucidação do fato, devendo requerer ou requisitar a órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, da União, dos Estados, dos Municípios, do Distrito Federal e de Instituições privadas, quaisquer documentos peças ou informações necessários à instrução de sindicâncias ou processos ético-profissionais.

**Art. 67** - A citação e notificações serão feitas às partes e aos seus advogados:

I - por carta registrada, com Aviso de Recebimento;

II - pessoalmente, quando frustrada a realização do inciso anterior;

III - por edital, publicado uma única vez, no Diário Oficial e em jornal local de grande circulação, quando a parte não for encontrada;

IV - por Carta Precatória, no caso das partes e testemunhas encontrarem-se fora da jurisdição do Conselho, e através dos procedimentos pertinentes, se no exterior.

**Art. 68** - Os prazos contarão, obrigatoriamente, a partir da data juntada aos autos, da comprovação do recebimento da citação, intimações e notificações, inclusive da juntada das cartas precatórias.

**Art. 69** - As gravações, para serem admitidas nos autos, deverão estar acompanhadas da sua transcrição, devidamente rubricada pela parte interessada.

**Art. 70** - Aos Processos Ético-Profissionais em trâmite, aplicar-se-á, de imediato, o novo Código, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

**Art. 71** - Este Código entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM nº 1.464/96.



# PARTE 2 SAESP

---

- O médico e a imprensa
  - Considerações sobre responsabilidade médica
  - Testemunhas de Jeová e administração de sangue
    - Que fazer quando ocorre um evento adverso
  - Em transfusão de emergência, é necessária a autorização por escrito?
    - Documentação anestésica
    - Normas técnicas para procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais em São Paulo
    - Obrigatoriedade da sala de RPA
- Código Profissional e Econômico da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
- Código de Processo Profissional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
  - Instrumento particular de contrato de prestação de serviços de Anestesiologia
  - Instrumento particular de prestação de serviços para grupos de Anestesiologistas



# O médico e a imprensa

---

Todo procedimento médico pressupõe o consentimento do paciente – ou de seu responsável legal – para o qual o profissional colocará em uso todos os recursos disponíveis para alcançar a melhor solução para o caso. A própria natureza da profissão e seus objetivos revestem os procedimentos na expectativa de sempre restaurar a saúde. Quando essa expectativa é frustrada – por ação de profissional que é legítimo detentor do conhecimento da cura e do aprimoramento da saúde humana – a sensação de impotência do doente ou de familiares diante da “salvação” não alcançada ou do dano causado provoca uma situação que escapa à normalidade. Geralmente, envereda por caminho em que se deve elucidar quem são as vítimas e os culpados por tal infortúnio. Nessas situações, não raro, a família ou o próprio paciente acusam em primeira instância o médico por erro ou resultado adverso.

Independente do julgamento se houve ou não erro (ou negligência), a maioria dos casos é freqüentemente alvo da mídia. A extensão ou dimensão vai depender da gravidade da acusação ou da figura pública do paciente em questão. Em pouco tempo, tanto o médico como o paciente tornam-se foco das atenções e todo tipo de explicação é exigida pela família em primeira instância ou pela mídia. Tais circunstâncias exigem tranquilidade dos médicos, para que a ocorrência seja conduzida sob a égide do compromisso com a verdade.

O mais complexo em tal situação é estabelecer o âmbito dos direitos e deveres do paciente, do médico, da família e dos meios de comunicação sobre as informações que serão transmitidas. Ainda que cada caso apresente singularidades que impossibilitem a criação de uma fórmula comum a todos, alguns parâmetros podem

auxiliar no trato de um quadro tão trágico quanto delicado, permeado por emoções e frustrações. Entender qual é o direito e o dever de cada um. Nessa situação, é fundamental para que não ocorram injustiças na interpretação dos fatos. A imprensa, ávida de informações, muitas vezes, ao interpretar o que o médico declara, e da observação das reações do mesmo, julga frequentemente de forma inadequada.

Cabe ao médico agir com prudência e tranqüilidade nas suas manifestações a órgãos de imprensa, paciente ou família.

Há dois artigos do Código de Ética Médica que podem ajudar no que tange à compreensão de direitos e deveres, nos quais é vedado ao médico:

#### “Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares

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

#### Capítulo IX – Segredo Médico

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

Permanece essa proibição:

a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido;

b) quando do depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá como testemunha perante a autoridade e declarará seu impedimento.”

Esses dois deveres do médico implicam na imediata compreensão do direito do paciente do outro lado da mesma moeda. Quando a imprensa divulga acusação – geralmente da família – de erro, o médico encontra-se no papel limítrofe entre direitos e deveres. Tem direito à resposta sobre as acusações que pesam contra sua conduta profissional, o que quase sempre o obriga a esclarecer todo o ocorrido no procedimento médico aos meios de comunicação.

Está claro que *ele tem o direito (e não o dever)* à resposta, mas devido à veiculação de seu nome, da instituição em que trabalha e de toda uma vida profissional vê-se, muitas vezes, obrigado a prestar esses esclarecimentos. O médico tem o dever de prestar todos os esclarecimentos da forma mais clara e inteligível possível ao paciente ou aos familiares. Por extensão, acaba consignado a esclarecer o quadro à mídia, porque, em grande parte dos casos, estabelece-se como media-



dora entre a família que acusa e o médico que deve explicar o ocorrido.

Nesse momento, o mais importante é preservar a serenidade e a tranquilidade para falar com clareza sobre o fato. O médico deve se limitar a dar as informações que competem ao exercício de sua especialidade e dos procedimentos adotados, evitando comentários subjetivos ou análise sobre o seu entendimento pessoal do caso. Quando as informações exigidas referem-se à evolução do quadro clínico do paciente atingido, o mais aconselhável é divulgar boletins com horários previamente estabelecidos assinados pelo médico que atendeu ao paciente, pelo diretor clínico e por outros especialistas envolvidos, em comum acordo. Mesmo em caso de divulgação por parte da imprensa, é aconselhável defender-se por escrito. Para responder a indagações que porventura possam aparecer, o mais correto é avaliar a relevância e a importância das mesmas, no sentido de se evitar especulações.

Quando realmente necessárias, o melhor é conceder entrevista coletiva, sempre pautado no limite da conduta médica diante daquele paciente.

Outra prática comum na imprensa é a “briga” pela exclusividade da informação ou de sua veiculação em primeira mão, sendo a última mais freqüente entre rádios e televisões.

O médico deve distanciar-se desses interesses mercadológicos, não privilegiando determinados veículos, considerando-se que a informação que detém é de interesse público e geral. Os pedidos de declarações em “off”, outro aliciente de pressão da mídia, devem ser sumariamente negados.

A Medicina é alvo constante da atenção pública, tanto pelos avanços fascinantes como pelos erros atribuídos aos médicos. Daí o interesse da mídia, em parte puramente mercadológico e em parte para satisfazer o interesse público. O papel dos meios de comunicação nas denúncias de erros médicos não é por si desprezível. Cumpre uma importante função social ao evidenciar casos de maus profissionais, mas a pressa e a voracidade pela informação “quente” implicam em julgamento quando não incorreto, no mínimo precipitado, o qual o médico e instituição em questão só poderão transpor com absoluta clareza e serenidade para expor as informações, não deixando margem para interpretações especulativas.

# Considerações sobre responsabilidade médica

Dr. Laércio Volpe \*

---

A intencionalidade ou não do agente quando do cometimento de um crime, poderá ser doloso ou culposo.

**Crime Doloso:** Artigo 18, inciso I do C.P.: (diz-se o crime doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo).

Na primeira parte deste dispositivo penal, entende-se perfeitamente que o agente a que se refere a lei quer o resultado de sua ação. Assim, o agente quer matar, roubar, causar lesão corporal...

Na segunda parte, vislumbra-se na realidade que o agente não quer o resultado que ocorreu mas, consciente que poderia acontecer, assume o risco de causá-lo. Resumindo então, a vontade do agente em praticar o ilícito ou assumindo o risco de que ocorra caracteriza o crime doloso.

**Crime Culposo:** O nosso código penal, em seu artigo 18 inciso II diz: “*É culposo quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia*”.

O código não define o que é crime culposo, elencando somente as três modalidades. Diferentemente do dolo, na culpa o agente não quer o resultado que cause dano ao bem jurídico de um terceiro, tampouco assume o risco de produzi-lo. Na culpa, o que existe é o conhecimento potencial de que o resultado lesivo possa acontecer. Essa possibilidade caracteriza o que se chama de **PREVISIBILIDADE**.

Damásio diz: “*Previsibilidade é a possibilidade de ser antevisto o resultado, nas condições em que o sujeito se encontrava*”. Concluimos, que a culpa não existe se o resultado extrapola a previsão.

## MODALIDADES DE CULPA

(Art. 18 – Inciso II – Código Penal)

**Imprudência:** É a atitude sem a devida cautela, com precipitação do agente. É imprudente o médico, por exemplo, que, cansado, fatigado com sono, após plantão trabalhoso de 24 horas, resolve fazer uma gastrectomia eletiva, com resultado danoso para o paciente.

**Negligência:** Podemos dizer que se trata da preguiça mental, de displicência do agente. Exemplo: médico anestesista que deixa várias seringas sem rótulos identificadores, com drogas diferentes, em cima de sua mesa, acabando por injetar no paciente droga trocada.

**Imperícia:** É a falta de conhecimento técnico quando da realização de um procedimento. Exemplo: anestesista que realiza uma peridural cervical sem nunca tê-la praticado ou visto outro médico realizá-la, conhecendo-a única e tão somente por leitura, causando dano ao paciente.

Por esses conceitos, muitas das vezes não são precisos os limites que caracterizam as modalidades da culpa, sendo que podem existir simultaneamente num mesmo fato.

Em assim sendo, o **ERRO MÉDICO** é uma modalidade de crime culposo no qual o profissional causa um dano ao seu paciente.

Temos que distinguir o erro médico do **ERRO PROFISSIONAL**, sendo este de acordo com Mirabete: *“O erro ocorre quando empregados os conhecimentos normais da Medicina, por exemplo, chega o médico à conclusão errada de diagnóstico, intervenção cirúrgica, etc., não sendo o fato típico. Segundo a doutrina e a jurisprudência, só falta grosseira desses profissionais consubstancia a culpa penal, pois exigência maior provocaria paralisação da ciência impedindo os pesquisadores de tentarem métodos novos de cura...”*

## RESPONSABILIDADE PENAL E CIVIL DO MÉDICO FACE AO ERRO MÉDICO

**RESPONSABILIDADE PENAL:** No ato ilícito penal, o interesse diretamente lesado é o público. O médico condenado penalmente por crime culposo (erro médico) poderá ser apenado em conformidade ao código penal com agravantes e atenuantes previstos em lei, de acordo com ilícito cometido (lesões corporais culposas, homicídio culposos).

As penas podem se privativas de liberdade, restritivas de direito ou multa, previstas no Código Penal.

Devemos lembrar que a **sentença condenatória na esfera penal é título executivo na esfera civil**, isto é, não vai mais se discutir se há ou não culpa, avaliando-se apenas o valor da indenização. A não condenação na esfera penal pode não eximir o agente da indenização civil.

Ressaltamos que, em se tratando de homicídio culposo, o artigo 121 do C.P. § 4º enuncia que a pena é aumentada em 1/3 se o crime resulta de inobservância de **regra técnica de profissão**. O mesmo preceito vale também para lesão corporal culposa de acordo com artigo 109 § 7º do C.P.

**RESPONSABILIDADE CIVIL:** Em se tratando de ilícito civil, o interesse diretamente lesado é o privado. Mesmo não existindo crime (ilícito penal), se o agente causar dano a um terceiro, conforme o Art. 159 do Código Civil, **o causador do dano deverá repará-lo**. Nesse caso, o dano causado será reparado com o **patrimônio** do agente. A reparação, é o que caracteriza a **responsabilidade civil** do agente com relação à vítima em face ao dano causado por dolo ou culpa.

Se o agente, por exemplo, por culpa, avariar o auto de um terceiro, terá que reparar o dano, embora entre os dois não exista uma relação contratual. Aqui a relação é extracontratual ou **aquiliana** e o ônus da prova, em caso de reparação do dano, é da vítima.

Na relação contratual, como por exemplo na obrigação de fazer, que é aquela que se concretiza entre médico e paciente, aquele com o dever de tratar e este com a obrigação de remunerá-lo, em caso de reparação do dano, **inverte-se o ônus da prova**, cabendo ao médico provar a inexistência de culpa de sua parte, a presença de força maior ou uma outra excludente de responsabilidade civil, capaz de eximi-lo do dever de indenizar.

Considerando que o médico é um prestador de serviço em relação ao paciente (consumidor), a inversão do ônus da prova também é elencada no Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 6º inciso VIII, com a seguinte redação: *“a facilitação da defesa de seus direitos (consumidor) inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência.”*

Já vimos que há que se ter culpa e causado dano para se indenizar (teoria subjetiva). Para nós, é por demais draconiana a aplicação da teoria do risco no exercício da Medicina. Com relação a essa teoria, a responsabilidade é objetiva, ou seja: *“aquele que por sua atividade cria um risco de danos para terceiros deve ser obrigado a repará-lo, ainda que sua atividade e seu comportamento sejam isentos de culpa.”* (é ou não

draconiana para nós médicos?!)

A obrigação de indenizar é inerente aos danos materiais e morais, causados pelo agente.

*“Sob o ponto de vista jurídico, nós médicos estamos pisando em cima de ovos e demorando para nos dar conta disso.” (Laércio Volpe – 1985)*

---

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Mirabete, Júlio Fabrini – Manual de Direito Penal – SP : Editora Atlas, 1994 – 13ª Ed.
2. Rodrigues, Sílvio – Direito Civil Responsabilidade Civil, vol. IV – SP : Editora Saraiva, 1993
3. Rodrigues, Sílvio – Direito Civil –Parte Geral vol. I 1998 – 18º Ed.
4. Código Penal –SP: Editora Saraiva, 1998
5. Código Civil – SP: Editora Saraiva. 1997
6. Código de Defesas do Consumidor – SP: Editora Rideal Ltda, – III Edição.

---

\* Laércio Volpe

Anestesiologista e responsável pelo Centro de Ensino e Treinamento da Santa Casa de Misericórdia de Santos/SP

# Testemunhas de Jeová e administração de sangue

---

Trata-se de um dos temas polêmicos no exercício da Anestesiologia. Com alguma frequência, deparamos com a situação de realizarmos um ato anestésico em pacientes que nos apresentam um termo de isenção de responsabilidade, por não aceitar a administração de sangue e hemoderivados por questões religiosas.

A Medicina, uma das mais antigas profissões, sempre foi tratada pela humanidade de uma forma quase divina, em que o médico, como os antigos sacerdotes, tinha a onipotência e a sabedoria jamais contestadas. Esse caráter “divino” da profissão permaneceu até a primeira metade do século XX.

Mais recentemente, nos últimos 30 anos, a sociedade vem buscando uma nova forma de relação médico-paciente, tendo o paciente direito a todo conhecimento sobre sua situação de saúde, propostas de tratamento e conseqüências, permitindo-lhe que possa decidir sobre a aceitação ou não do tratamento.

Essa mudança de relação ainda não foi totalmente assumida pelos envolvidos, médicos e pacientes, mas está cada vez mais presente em nossos dias.

É bem verdade que, mais recentemente, as Testemunhas de Jeová estão buscando fundamentos científicos para suas teses. Sabemos que, cada vez menos, estamos utilizando sangue e hemoderivados, até pelo surgimento de substitutos artificiais e pelos riscos que envolvem sua utilização. Mas, existem circunstâncias em que a administração se torna obrigatória para a preservação da vida.

Com o desenvolvimento da Bioética, ciência que trata da relação médico-paciente, em função do conhecimento científico e da autonomia do paciente na decisão quanto ao tratamento a serem realizadas pelo seu médico assistente, discussões como essa ganham em qualidade.

Caso especial refere-se aos seguidores da religião “Testemunhas de Jeová”: as suas posições quanto à administração de sangue e hemoderivados estão fundamentadas em convicções religiosas, divinas e, portanto inquestionáveis: acreditam que a administração de sangue não permitirá atingir a posição adequada na vida espiritual pós morte.

Essa situação conflita diretamente com a convicção e a posição científica da maioria dos colegas anesthesiologistas, que utilizam, em situações extremas com iminente risco de vida, esses elementos no tratamento dos choques hemorrágicos. Conflita também com a formação ética do médico, que foi formado para preservar a vida, lutar com todas as formas e conhecimentos para curar o paciente, e, portanto a aceitação da posição desses religiosos fere-lhe as convicções morais e éticas.

Como resolver essas questões tanto do ponto de vista ético quanto legal?

O médico deve sempre respeitar o desejo do paciente, enquanto ele tiver consciência de sua situação, conforme artigo 56 do Código de Ética Médica:

**É vedado ao médico:**

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

Entendem alguns que a autonomia do paciente se sobrepõe à atuação do médico. Porém, nos casos em que o paciente não tem condição de decidir, é incapaz ou ainda corre iminente risco de vida, o médico deverá intervir, conforme artigo 57:

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

De posse dessas informações, o médico deverá decidir sempre caso a caso.

Nos casos de pacientes em estado grave, inconscientes (acidentes, graves ferimentos, cirurgias emergências...) o médico deverá agir de acordo com a consciência e o conhecimento, utilizando todos os recursos disponíveis.

Em casos de pacientes menores, portanto incapazes de decidir, poderá o colega solicitar autorização judicial para a utilização de hemoderivados. O Judiciário tem sempre se manifestado a favor do atendimento aos pacientes.

Decisão mais difícil ocorre em casos em que o paciente encontra-se lúcido, em perfeitas condições mentais. Nesses casos, o médico deverá agir com cautela, isto é, deverá sempre tentar convencer o paciente. Caso isso não seja possível, poderá o anesthesiologista recusar-se a realizar o ato anestésico.

Mais difícil ainda é a decisão frente aos casos em que o paciente é portador de doença maligna, passível de cura com procedimentos cirúrgicos, em que a utiliza-

ção de sangue é uma eventualidade possível.

Como deve portar-se o colega? A decisão difícil deve ser tomada em conjunto com a equipe médica e, se possível, respeitando o desejo do paciente, caso a opção intraoperatória por hemoderivados tenha de ser tomada. É necessária a divisão da responsabilidade por toda equipe, embora entendamos que freqüentemente o Judiciário estará ao lado do médico.

A recusa em não realizar o ato anestésico pode ser feita pelo anestesiológico, desde que esgotada toda a argumentação junto ao paciente.

Pode-se também buscar ajuda Judiciária, solicitando autorização legal para a transfusão, embora devido à lentidão do sistema Judiciário, muitas vezes a autorização chegue tarde demais, e em algumas dessas não trazendo mesmo qualquer benefício à intervenção médica.

A nosso ver, a declaração de isenção de responsabilidade médica que é oferecida pelo paciente em relação às conseqüências da não administração de sangue e derivados não deve ser aceita como documento legal, uma vez que há entendimento pelo Judiciário de que a simples assinatura do paciente neste documento não exime o médico de sua responsabilidade.

Finalizando, transcreveremos a seguir, um parecer do Cremesp nº 27.278/96, uma das mais equilibradas manifestações a respeito do tema.

## **Transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová**

### **Ementa:**

*Deverá o médico procurar recursos técnicos e científicos para proteger a saúde do paciente, sem contrariar-lhe vontade expressa, contudo, com relação a crianças, deve ser realizada a transfusão em situações de iminente risco de vida.*

Consulta solicitando orientação para procedimento cirúrgico em paciente Testemunha de Jeová que recusa o uso de sangue.

### **PARECER:**

É cada vez mais do consenso dos profissionais de Saúde que o respeito à vontade do paciente deve ser maximizado. A jurisprudência, em que pesem as hesitações e as remissões, vai também caminhando nesse sentido.

Sempre mais se considera que a exceção prevista no Código de Ética Médica (artigo 46), prevendo a intervenção do médico sobre o paciente – contrariamente à sua vontade, em situações de iminente perigo de vida – seja uma possibilidade que se abre para o médico atuar, e não uma determinação.



Sempre existirão situações em que alguma dúvida poderá surgir, para o médico, quanto à vontade do paciente. É para esses casos, no meu entendimento, que se abre a “brecha legal”, para a intervenção médica.

Não se trata, entretanto, de um dever. Há que se respeitar, “data vênia”, a vontade de quem quer que seja, legalmente competente, inclusive de morrer sem ser violentado em sua crença.

Não existe, para mim, a obrigação de viver – logo, não será omissão de socorro e sim respeito à individualidade do paciente, deixar de transfundir sangue quando ele não queira, procurando-se todos os recursos técnicos e científicos para proteger sua saúde, sem contrariar a sua vontade expressa; entretanto, com relação a crianças, há jurisprudência no sentido de realizar a transfusão, mesmo contrariamente à vontade familiar. Magistrados têm emitido mandados em situações de iminente risco de vida para a criança, propiciando até intervenção policial para que a transfusão se realize.

Quanto à responsabilidade de cada profissional (cirurgião ou intensivista), pela ministração (ou não) de sangue à Testemunha de Jeová, ela será do próprio profissional. Não poderá o cirurgião ser responsabilizado pelo que o intensivista fizer (ou deixar de fazer) – desde que tenha havido a necessária informação, de um para outro, das características clínicas e da vontade expressa do paciente.

Parece claro que é recomendável que haja coerência na conduta de toda a equipe que oferece atenções de saúde ao paciente (Testemunha de Jeová): não fazem sentido tendências conflitantes, numa mesma entidade assistencial, embora cada profissional, conforme já foi referido, assuma a responsabilidade pelo que fez ou deixa de fazer.

Destaque-se, finalizando, que a condição de autonomia do médico lhe permite recusar a participação num tratamento do qual ele discorde profundamente – salvo na ausência de qualquer outro profissional e, logicamente, em casos de iminente risco de vida.

## TELEFONE ÚTIL

COMISSÃO DE LIGAÇÃO COM HOSPITAIS PARA OS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

Sr.: Jayme Piza do Amaral

Tel.: (011) 3079-6062 / (011) 9917-2771

# Que fazer quando ocorre um evento adverso?

Dr. Irimar de Paula Posso \*

---

## **1 - PRIORIZAR O TRATAMENTO DO PACIENTE**

O anestesiológico que estiver diretamente envolvido com o evento adverso deve concentrar-se primariamente com o acompanhamento médico do paciente. Deverá acompanhar o paciente em todas as etapas do tratamento hospitalar, priorizar os cuidados ao paciente, verificar e documentar todos os cuidados médicos dispensados ao mesmo.

## **2 - NOTIFICAR A CHEFIA IMEDIATA E A DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL**

O anestesiológico responsável deve informar, o mais rápido possível, ao Diretor Clínico do hospital ou a outro médico do Corpo Clínico responsável em coordenar esse tipo de problema, para ser disponibilizado todo o suporte administrativo necessário.

## **3 - INFORMAR OS FAMILIARES DO PACIENTE SOBRE O EVENTO ADVERSO OCORRIDO**

Caso o hospital não disponha de uma pessoa especializada para essa atividade, oriente-se sobre como fazer o comunicado à família e se faça acompanhar de outro médico para dar apoio e servir como testemunha do que foi falado. Tanto para o paciente, como para os seus familiares, as informações devem ser transmitidas de maneira clara, correta e confortante. Não se deve criar uma situação alarmista desnecessária, nem fazer julgamentos precipitados sobre o caso. Em caso de dúvida deve-se dizer o que se sabe, porém, não ser categórico se não tiver certeza.

Enfermeiros, residentes ou outros membros da equipe raramente têm alguma experiência de como proceder numa ocorrência adversa relativa ao procedimento anestésico.

Deve-se acompanhar sempre o cirurgião quando este for informar a família do paciente sobre o fato ocorrido.

#### **4 - DOCUMENTAR O EVENTO ADVERSO**

O anestesiológista deverá anotar, no prontuário médico do paciente, as informações relevantes sobre o ocorrido e quais medidas foram tomadas. Não apagar ou rasurar as informações escritas. Se alguma correção for necessária, fazer um traço suave no original ou, simplesmente, relatar as mudanças. Assinar e datar as alterações. Adições ou explicações de notas no prontuário podem ser feitas, por exemplo, para explicar pontos controversos.

O anestesiológista Chefe da Equipe deve completar e registrar um informativo do evento adverso, tão logo seja possível.

Outros indivíduos envolvidos no evento adverso devem documentar suas observações, o quanto antes. Os documentos deverão ser anexados ao prontuário do paciente. Ao descrever o evento adverso, o anestesista deve declarar os fatos como os conhece. Não fazer julgamentos preliminares sobre casualidades ou responsabilidades. Não usar termos ou frases jurídicas ou subjetivas.

#### **5 - SEPARAR EQUIPAMENTO E DROGAS RELACIONADOS AO EVENTO ADVERSO**

Nunca descartar ou alterar os artefatos, equipamentos ou medicamentos relacionados ao evento adverso.

Equipamentos, anestésicos ou qualquer outro material relacionado ao caso devem ser separados, evitando-se usos subsequentes. Nada deve ser alterado ou descartado. O anestesista deve tomar conhecimento imediatamente e apreender ou supervisionar a apreensão de equipamentos e medicamentos, incluindo o aparelho de anestesia; comunicar ao Diretor Clínico da instituição essa atitude. Uma decisão preliminar para a continuidade do uso dos equipamentos, numa situação de emergência, pode ocorrer, desde que seja feita uma criteriosa inspeção de segurança pelo setor de manutenção do hospital, com a anuência do Diretor Clínico e da Chefia do Serviço de Anestesia.

Medicamentos, equipamentos ou suprimentos envolvidos na fatalidade não

devem ser alterados ou descartados, causando problemas para a determinação dos fatores causais, pois podem conter informações vitais para a reconstituição do evento.

A necessidade de manter os equipamentos de anestesia separados deve ser determinada pela Chefia do Serviço de Anestesia com a participação do responsável pela manutenção dos equipamentos hospitalares. Se for improvável que o equipamento esteja relacionado com o evento, pode ser colocado em serviço, após uma inspeção de rotina. Se for possível que o equipamento esteja relacionado com o evento, os procedimentos abaixo, devem ser efetuados:

- colocar o equipamento em um lugar seguro (fechado a chave, se possível) e escrever “NÃO MEXER”;
- documentar as condições físicas do aparelho ou detalhes de como foi recebido e anotar sua identificação, como por exemplo: o número de série;
- não alterar ou inspecionar o aparelho de forma alguma que possa comprometer futuras investigações;
- fazer uma investigação completa do equipamento na presença do anestesologista chefe, responsável pela manutenção e do fabricante do equipamento ou qualquer dos seus representantes;
- anotar os eventos no prontuário e na ficha de anestesia do paciente. Nunca alterar essas anotações, se o fizer, ser claro, datar e assinar;
- ficar envolvido no tratamento posterior e documentar esse tratamento; se necessário, consultar conselheiros e fazer um relatório da continuidade do evento adverso, mantendo contato freqüente com o cirurgião e os familiares do paciente.

## **6 - MANTER O DIRETOR CLÍNICO E O CHEFE DO SERVIÇO SEMPRE INFORMADOS SOBRE O EVENTO ADVERSO**

O Diretor Clínico e o Chefe do Serviço deverão ser informados de cada alteração ou piora do quadro clínico do paciente. A eles compete designar quem acompanhará e investigará todo o caso. Além das ações imediatas, notificar os indivíduos envolvidos de suas responsabilidades e assegurar que os procedimentos sejam seguidos dentro do necessário, razoável e possível. Manter contato com aqueles que estão fornecendo contínuo cuidado ao paciente, orientando e aconselhando quando necessário, assegurar que as informações referentes ao evento adverso, sejam comunicadas pelos devidos canais competentes do hospital e do departamento de anestesia.

## **7 - INVESTIGAÇÃO SOBRE AS CAUSAS DO EVENTO ADVERSO**

As atividades administrativas e de investigação deverão ser designadas a outros profissionais. Contudo, dependendo da situação, o anesthesiologista poderá assumir a função e chamar outros colegas para darem assistência ou conselhos referentes ao fato ocorrido.

## **8 - ATUAÇÃO DO CHEFE DE SERVIÇO OU DO DIRETOR CLÍNICO**

Assumir ou delegar a função de supervisionar o evento adverso; supervisionar pessoalmente, ou delegar a responsabilidade da investigação do evento adverso. Notificar os indivíduos envolvidos, de suas responsabilidades; responsabilizar para assegurar que os procedimentos sejam seguidos em toda extensão necessária, razoável e possível, dando continuidade a todos os fatos; aconselhar e orientar quando necessário. Certificar que as informações relativas ao incidente sejam comunicadas pelos canais adequados para o Programa de Segurança e Qualidade do Hospital e para a Comissão de Normas Técnicas da SBA, principalmente se for necessário alertar outros usuários ou para manter a SBA atenta para um possível problema de âmbito nacional. Dependendo das circunstâncias e também por força da lei, as autoridades competentes deverão ser informadas.

## **9 - FAZER LEVANTAMENTO DA BIBLIOGRAFIA E DE INFORMAÇÕES NÃO PUBLICADAS SOBRE O EVENTO ADVERSO**

Os dados bibliográficos e informativos são importantes para esclarecer as causas do evento adverso e evitar-lhe a repetição, bem como propiciar elementos para defesa junto à Comissão de Ética do Hospital e/ou Conselho Regional de Medicina e Justiça Comum.

## **10 - ACOMPANHAMENTO DE UM ADVOGADO, CASO O ANESTESIOLOGISTA SEJA INTIMADO**

Caso o anesthesiologista seja intimado a comparecer a um órgão público, deve apresentar-se sempre acompanhado por um advogado habituado à área médica.

---

\* Irimar de Paula Posso

Anesthesiologista, vice-presidente da Saesp, advogado, professor associado da FMUSP e professor titular da Faculdade de Medicina de Taubaté/SP

## Em transfusão de emergência, é necessária a autorização por escrito?

---

A realização de Provas de Compatibilidade pré-transfusional é obrigatória por razões médicas e legais. Tais provas objetivam maior qualidade e segurança para proteger o doador e, principalmente, o receptor.

O tempo estimado para realização dessas provas é de 45 a 60 minutos, em situações de rotina, e devem ser feitas em todas as transfusões de componentes com hemácias.

Em situações de emergência, não há tempo hábil para que todos os testes sejam realizados.

A responsabilidade pela transfusão de hemocomponentes, antes do término da realização das provas de compatibilidade pré-transfusional, é tanto do médico que assiste ao paciente quanto do médico do banco de sangue.

Ao solicitar a transfusão de hemocomponentes na emergência sem as provas de compatibilidade, deve-se encaminhar “Termo de Responsabilidade” que deve ser assinado pelo médico solicitante que assumirá a responsabilidade juntamente com o médico do banco de sangue.

O anestesiológista, ao autorizar a liberação de transfusão de hemocomponentes, deve preencher um impresso adequado ou assinalar no prontuário do paciente, com clareza, os dados relativos ao quadro clínico que justifiquem, *expressando a real urgência*, no momento da solicitação.

A Portaria n.º 1376, de 19/11/1993, do Ministério da Saúde, capítulo 7, item 5.4, tornou obrigatória a autorização por escrito do médico solicitante para a liberação de sangue ou concentrado de hemácias, para casos de extrema urgência.

DE ACORDO COM AS NORMAS TÉCNICAS  
PARA COLETA, PROCESSAMENTO E TRANSFUÇÃO DE SANGUE,  
COMPONENTES E DERIVADOS

*Portaria N.º 1376, de 19 de novembro de 1993. Ministério da Saúde. Diário Oficial da República  
Federativa do Brasil, v. 131, n. 229, p. 18405-15, 2 dez. 1993. Seção 1*

VII - DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

5.4 – “Em casos de extrema urgência, a liberação de sangue ou de concentrados de hemácias sem prova de compatibilidade só é possível com a autorização, por escrito, do médico solicitante”.

AUTORIZAÇÃO EM CARÁTER EMERGENCIAL

Autorizado em caráter emergencial, transfusão no paciente:

Nome do Paciente: .....

.....

Registro: .....

Motivo da Indicação da Transfusão de Urgência: .....

Nome do Médico: .....

.....

CRM: .....

Assinatura:

Data: ...../...../.....

# Documentação anestésica

---

A documentação incompleta dos procedimentos anestésicos tem sido uma constante nos processos envolvendo o anestesiológico. Isso acarreta dificuldade na comprovação dos atos e, inclusive na defesa do profissional. A documentação anestésica, às vezes, é o único documento para a defesa do anestesiológico nos processos junto aos Conselhos e Poder Judiciário. Portanto, as anotações devem ser claras, precisas, pertinentes ao procedimento e, quando necessário, justificadas.

A seguir, transcrevemos texto de Campbell JE<sup>1</sup>, em que observamos que a preocupação com essa questão é antiga:

“Convém ter registros completos, com dados verídicos, a respeito de todos os aspectos da anestesia. Protocolo inadequado poderia ser a primeira prova de negligência ou descuido na prática da Anestesiologia”.

A documentação anestésica<sup>2,3</sup>, que faz parte do prontuário médico deve ser capaz de demonstrar a adequação do tratamento dispensado ao paciente, devendo conter:

- 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- 2 - Ficha de Avaliação pré-anestésica.
- 3 - Ficha de Anestesia.
- 4 - Ficha de Recuperação Anestésica.

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o procedimento anestésico não é um documento obrigatório, mas deve ser preenchido, pois poderá auxiliar em futuros processos, principalmente nos de indenização. As empresas de Seguro Médico também fazem exigência quanto ao preenchimento desse documento.



Esse termo<sup>4,5</sup>, cada vez mais empregado, em que o paciente ou o responsável legal é informado sobre o procedimento anestésico, riscos eventuais e esclarecido nos pontos que despertam dúvidas, deve ser assinado pelo paciente ou seu responsável legal, pelo anestesiológico e por uma testemunha.

O termo deve conter:

1. Identificação do paciente<sup>6</sup>.
2. Explicação sobre o procedimento anestésico (tipo de anestesia) ou tratamento proposto.
3. As alternativas possíveis ao procedimento proposto.
4. Os riscos e benefícios previsíveis.
5. Necessidade e alternativas à transfusão de sangue e/ou de seus componentes, quando indicados.
6. Assinatura do paciente ou responsável concordando como o que foi explicado.
7. Assinatura da testemunha.
8. Assinatura do anestesiológico.

## FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Os dados da avaliação pré-anestésica, realizada tanto em consultório como no hospital, permite ao anestesiológico planejar a técnica anestésica e os cuidados a serem utilizados durante a anestesia.

Assim, além da anamnese dirigida, é importante avaliar o paciente do ponto de vista clínico, incluindo: o exame físico - classificação ASA (tabela 1), os diferentes sistemas e exames complementares. Na anamnese dirigida, o anestesiológico deve questionar: alergias, medicamentos em uso, antecedentes anestésicos e cirúrgicos, história familiar (hipertermia maligna, anormalidades enzimáticas) e outras observações pertinentes.

Tabela 1 - Classificação do estado físico - ASA (Associação Americana de Anestesiologia)<sup>5,7</sup>.

1. Paciente saudável.
2. Doença sistêmica leve - sem limitação funcional.
3. Doença sistêmica moderada - com limitação funcional.
4. Doença sistêmica severa que representa risco de vida constante.
5. Paciente moribundo com perspectiva de óbito dentro de 24 horas, com ou sem cirurgia.

6. Paciente com morte cerebral, mantido em ventilação controlada e perfusão, para doação de órgãos.

E

Quando o procedimento é considerado de emergência, o estado físico é seguido pela letra E.

Toda avaliação deve ser *registrada*. Independentemente do tipo de ficha, *todos* os campos devem ser *preenchidos*, caso contrário, poderão ser interpretados como não avaliados.

A ficha deve conter espaços para:

1. Identificação do paciente.
2. Diagnóstico pré-operatório.
3. Cirurgia proposta, cirurgião e data da cirurgia.
4. Anamnese, exame físico, classificação da ASA, observações outras de interesse anestesiológico.
5. Transcrição de exames laboratoriais.
6. Alergias e uso de medicamentos.
7. Avaliação da dificuldade de intubação.
8. Anestesia planejada.
9. Medicação pré-anestésica (prescrita ou não), dose e horário.
10. Assinatura do anestesiológico.

## FICHA DE ANESTESIA

A ficha de anestesia deve nos fornecer uma real “fotografia” da evolução clínica do paciente durante a cirurgia/anestesia, retratando os cuidados dispensados e sua adequação <sup>1,2</sup>.

As informações contidas na ficha de anestesia servem <sup>1,7</sup>:

1. Para fornecer dados para o anestesiológico acerca do transcorrer da anestesia e suas tendências.
2. De referência para futuras anestésias no paciente.
3. Como documento médico-legal servindo de proteção e meio de prova dos serviços prestados.
4. Como documento de auditoria para pagamento de contas hospitalares (tempo de utilização da sala, equipamentos, drogas anestésicas e outros medicamentos).
5. Para dados estatísticos, de ensino e estudo.

6. Como documento de avaliação da qualidade da anestesia.

Para que a ficha de anestesia possa apresentar essas utilidades, os registros devem ser *essenciais, úteis e exatos*<sup>1,2</sup>:

- para que os registros sejam *essenciais* e representem o real andamento da anestesia e da cirurgia, deverão ser completos e proporcionar um quadro preciso da situação. Incluir avaliações contínuas e exatas dos parâmetros fisiológicos mensurados, ter anotações sobre a técnica anestésica e agentes utilizados, posição do paciente e informes sobre a cirurgia. A avaliação do estado final ao término da anestesia e as complicações devem ser identificadas e anotadas de forma precisa;

- para ser *útil*, o registro deve ser contínuo, servindo como elemento diagnóstico e prognóstico no transcorrer do ato anestésico-cirúrgico. Os atrasos entre as observações conduzem a erros. Tais registros devem ser *limpos e legíveis* - **Registros ilegíveis e mal feitos não têm valor nem médico nem legal**<sup>1</sup>;

- para ser *exato*, deve ser obtido pela observação do paciente e não por conjecturas, e imediatamente registrados, pois números são facilmente esquecidos<sup>1</sup>.

O padrão geralmente adotado<sup>7,8</sup> é um gráfico com tempo em abscissa e variáveis fisiológicas em ordenada. As variáveis representadas por dados numéricos obtidos pelos monitores são: frequência cardíaca e respiratória (incluindo os parâmetros do aparelho de ventilação), pressão arterial e venosa central, perfusão periférica, capnometria, análise de gases, saturação da hemoglobina, além da interpretação clínica do paciente (cianose, intensidade do pulso).

A ficha deve conter espaços para:

1. Identificação<sup>6</sup> completa e correta do paciente, evitando troca de documentos e de pacientes dentro do ambiente hospitalar.
2. Peso e altura do paciente.
3. Informe (em evidência) da monitorização utilizada e resultado dos exames laboratoriais do intra-operatório.
4. Acesso venoso e arterial e seus locais.
5. Descrição da técnica (ou técnicas) utilizadas.
6. Drogas e agentes utilizados.
7. Quantidade de drogas e agentes utilizados e vias de administração;
8. Tipos e quantidades de líquidos administrados e perdidos, incluindo sangue e derivados.
9. Eventos adversos ou inesperados durante o período anestésico: alteração de ritmo cardíaco, vômitos, transpiração, quebra de dentes, parada cardíaca...

10. Condição do paciente ao final da cirurgia e destino dele.

O intervalo de tempo entre as anotações destes parâmetros (PA, FC) considerado ideal, pela literatura internacional<sup>5,7</sup>, é o de 5 minutos, sendo a monitorização invasiva ou não dependendo da gravidade do caso. Com relação aos demais parâmetros (etCO<sub>2</sub>, SatO<sub>2</sub>%, FR, VT, PVC, T<sup>o</sup>C, etc.) não existe tempo determinado, mas o bom senso nos dita que devem ser registrados e, a intervalos de 10 a 15 minutos, parecem fornecer boa indicação de suas tendências.

Informações, eventos e anotações devem ter lugar para serem descritas e corresponder a hora em que ocorreram.

### **FICHA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA**

Nesta ficha<sup>9,10</sup>, deve-se registrar as condições de chegada, permanência e alta do paciente que é encaminhado à sala de recuperação anestésica (RA). **As avaliações devem ser feitas por um médico.**

A ficha deve conter espaços para:

1. Identificação do paciente.
2. Dados referentes à anestesia.
3. Dados referentes à cirurgia.
4. Monitorização na RA.

5. Anotações da enfermagem (sinais vitais e outras informações registradas pela monitorização, líquidos infundidos e quantidades, eventos de natureza anestésica ou cirúrgica) e médicas (evolução e condutas na RA), podendo incluir o índice de Aldrete-Kroulik.

6. Medicamentos e suas dosagens usadas na RA.
7. Condições de alta, horário.
8. Destino.

Em pacientes internados, quando realizada a visita pós-anestésica<sup>5</sup>, deve ser documentada no prontuário e relatadas as condições gerais do paciente, a presença ou não de complicações e/ou queixas referentes a anestesia e as medidas tomadas para saná-las.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. COLLINS VJ. Protocolos, mortalidade e considerações médico-legais. - Princípios de anesthesiologia. 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976, p.21-30;
2. HUTTON P. Monitorização: perspectivas e filosofia. In: Hutton P, Prys-Robert C. - Monitorização em anestesia e cuidados intensivos, Rio de Janeiro: Interlivros Edições Ltda, 1997, p 1-18;
3. Resolução do CFM nº 1331/93;
4. STARCK DCC. Anesthesiologia prática, Editora Manole, 1978, p.17-8;
5. MORGAN JR GE, Mikhail MS. The practice of anesthesiology. - Clinical anesthesiology, 2ª ed., Stanford, Appleson & Lange, 1996, p1-12;
6. POSO IP. Anesthesiologia, Panaded Editorial; 1986, 33;
7. SMITH NT, GRAVENSTEIN JS. Manual and automated anesthesia information management systems. In: Saidman LJ, Smith NT. - Monitoring anesthesia. 1993, 457-74;
8. SMITH G, AITKENHEAD AR. Monitoring during anaesthesia. In: . - Textbook of Anaesthesia, Churchill Livingstone, 1985, p.257;
9. CARDOSO AR. Recuperação pós-anestésica. In: Vianna PTG, Ferez D. Anesthesiologia SAESP. 4ª ed., São Paulo: Livraria Atheneu, 1996, p.733-45;
10. COOPER GM. Monitorização da recuperação em anestesia. In: Hutton P, Prys-Roberts C. - Monitorização em anestesia e cuidados intensivos, Rio de Janeiro Interlivros Edições Ltda, 1997, p.390-406.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Paciente: .....

RG: .....

1- O Dr.(a) .....

me explicou claramente a proposta do procedimento anestésico e seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas as minhas perguntas foram respondidas inteira e satisfatoriamente.

2- Eu autorizo Dr. (a) ..... executar em mim ou para o paciente pelo qual sou responsável o seguinte procedimento anestésico: .....

ou outros procedimentos que o anestesista considere necessário frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3- Eu reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para ser alcançado/ obtido o melhor resultado.

4- Eu confirmo que li e compreendi perfeitamente os itens acima e que todos os espaços em branco foram preenchidos antes de minha assinatura. Eu anulei quaisquer parágrafos ou palavras com os quais não estou de acordo.

Paciente e/ou Responsável

(Assinatura)

(Nome em letra de forma)

Grau de Parentesco ..... Tradutor (se necessário):

(Nome)

Testemunha: confirma que assinatura é do paciente/responsável.

(Assinatura)

(Nome em letra de forma)

ABAIXO DEVER SER COMPLETADO PELO ANESTESIOLOGISTA

Eu certifico que expliquei o procedimento anestésico, os benefícios e as alternativas, respondi satisfatoriamente a todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente/responsável compreendeu tudo que eu expliquei.

Médico Anestesiista ..... Data ..... / ..... / ..... Horário .....

(Assinatura)

(CRM)

\*\* ESTE DOCUMENTO DEVE FAZER PARTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE \*\*

## FICHA DE ANESTESIA

<p><b>Nome:</b> _____</p> <p><b>Idade:</b> _____</p> <p><b>Sexo:</b> _____</p> <p><b>Reg. Hospitalar:</b> _____</p> <p><b>Categoria:</b> _____</p>					<p><b>Quarto:</b> _____</p>		<p><b>ASA</b></p> <p>1-2-3-4-5-6 E</p>		
<p><b>Data</b> / /</p>		<p><b>Local</b></p>		<p><b>Sala</b></p>		<p><b>Peso</b></p>		<p><b>Altura</b></p>	

**Equip. Cir.**

**Anestésia:**  Sementeira  Fechada  Absorção de CO<sub>2</sub>

Sonda:  Orotraqueal nº \_\_\_\_\_  Nasal nº \_\_\_\_\_  Cuff  Armada

Máscara Facial  Clin. Guedel nº \_\_\_\_\_  Máscara Laríngea nº \_\_\_\_\_

Aparelho de Anestésia:  Espontânea  Controlada  Mecânica  Manual

Ventilação:  Auxiliada  Controlada  Mecânica  Manual

VC: FR: \_\_\_\_\_ IIE: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_

Posição Bloqueio: \_\_\_\_\_

Local de Punção: \_\_\_\_\_

Agulha: \_\_\_\_\_ nº de punções: \_\_\_\_\_

Posição Operatória: \_\_\_\_\_

**Início Anestésia**  **Término Cirurgia**  **Término Anestésia**

**Encaminhado**  **Destino**

RPA  UTI

Sonoletto  Quarto

<p><b>Recursos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cardióscópio <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Manga Térmica</p> <p><input type="checkbox"/> Dinmetro <input type="checkbox"/> Anal. Gases <input type="checkbox"/> Svine-Ganz <input type="checkbox"/> Temperatura</p> <p><input type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> S.S. Vesical <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Sonda de Intubação</p>		<p><b>Medicamentos</b></p> <p><b>Druga</b></p> <p>Conc. Quantid.</p>	
--	--	--	--

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
<p><b>Gastos</b></p>																			
<p><b>Observações</b></p>																			

<p><b>Ringer Lac.</b> _____</p> <p><b>Soro Fisiol.</b> _____</p> <p><b>Soro Glicos.</b> _____</p> <p><b>Perdas Ins.</b> _____</p> <p><b>Diurese</b> _____</p> <p><b>Balanco Final</b> _____</p>					<p><b>Perdas Sangue</b> _____</p> <p><b>Conc. Globulos</b> _____</p> <p><b>Conc. Plaquetas</b> _____</p> <p><b>Plasma Fr. Cong.</b> _____</p> <p><b>Balanco Final</b> _____</p>					<p><b>Perdas</b> _____</p> <p><b>Conc. Globulos</b> _____</p> <p><b>Conc. Plaquetas</b> _____</p> <p><b>Plasma Fr. Cong.</b> _____</p> <p><b>Balanco Final</b> _____</p>				
---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p><b>Horário</b></p> <p><input type="checkbox"/> O<sub>2</sub> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ar _____</p> <p><input type="checkbox"/> N<sub>2</sub>O _____</p>		<p><b>Intusão</b> _____</p> <p><b>Intuba</b> _____</p>		<p><b>180</b></p> <p><b>160</b></p> <p><b>140</b></p> <p><b>120</b></p> <p><b>100</b></p> <p><b>80</b></p> <p><b>60</b></p> <p><b>40</b></p> <p><b>20</b></p>		<p><b>Orimétra</b> _____</p> <p><b>Capnométra</b> _____</p>		<p><b>h</b> _____</p> <p><b>:</b> _____</p> <p><b>Indução</b> <input type="checkbox"/> <b>Bloqueio</b> <input type="checkbox"/></p>		<p><b>Ganhos</b> _____</p> <p><b>Perdas Insens.</b> _____</p> <p><b>Diurese</b> _____</p> <p><b>Balanco Hora</b> _____</p> <p><b>Acumulado</b> _____</p>	
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	--	--

# Normas técnicas para procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais em São Paulo

Resolução SS-169/96 (D.O.E. 20/06/96)

---

Esta Norma Técnica estabelece a classificação dos estabelecimentos que realizam procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais.

Transcrevemos abaixo, pontos relevantes à Anestesiologia.

## 3. DOS PRINCÍPIOS

(...)

3.1 – Os princípios que devem nortear o funcionamento dos estabelecimentos que realizam procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais são:

a) **princípio da habilitação:** os estabelecimentos que realizam procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais deverão ter instalações, equipamentos e recursos humanos habilitados e capacitados para esses procedimentos;

b) **princípio da categorização:** os estabelecimentos serão classificados de acordo com a complexidade e riscos dos procedimentos que realizam, o que permite estabelecer exigências de condições estruturais mínimas para funcionamento;

c) **princípio da qualidade:** os estabelecimentos deverão organizar seus recursos e atividades de forma a garantir a prestação de uma atenção médica assistencial adequada.

3.2 Para efeito desta Norma Técnica, será considerado estabelecimento que realiza procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais qualquer estabelecimento ou instituição, tal como hospital, clínica, instituto, consultório, ambulatório isolado, centro de saúde, posto de assistência médica, unidade básica de saúde e outros que executem os procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais propostos pela Tabela de Procedimentos do SIA/SUS e outros constantes desta Norma Técnica.



## 4 – DAS DEFINIÇÕES:

4.1 – Para efeito desta Norma Técnica, **considera-se:**

**Cirurgia Ambulatorial:** todos os procedimentos médico-cirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os partos), que pelo seu porte e pela não necessidade de cuidados especiais no pós-operatório, dispensam o pernoite do paciente. O pernoite do paciente poderá ocorrer em casos excepcionais, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não poderá ser superior a 24 horas.

Os procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais são aqueles constantes da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS e a ressonância magnética.

**Anestesia Ambulatorial:** todos os procedimentos anestésicos realizados em ambulatório ou hospital, que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos excepcionais.

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.

## 5 – DA CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

5.1. - Os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais deverão ser classificados em :

- a) unidade ambulatorial tipo I:
- b) unidade ambulatorial tipo II:
- c) unidade ambulatorial tipo III:
- d) unidade ambulatorial tipo IV.

5.1.1 Da Unidade Ambulatorial tipo I:

5.1.1.1 - É o consultório médico, independente do hospital e destinado à realização de procedimentos médico-cirúrgicos de pequeno porte, sob anestesia local.

5.1.1.2 - Não é permitido o pernoite do paciente.

5.1.2 - Da Unidade Ambulatorial tipo II:

5.1.2.1- É o estabelecimento de saúde, independente do hospital destinado à realização de procedimentos médico-cirúrgicos de pequeno e médio porte, em nível ambulatorial, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.

5.1.2.2 - Enquadram-se neste tipo os Ambulatórios Isolados, os Centro de Saúde, Postos de Assistência Médica, Unidades Básicas de Saúde e outros.

5.1.2.3 - Deverá contar com a sala de recuperação ou de observação de pacientes.

5.1.2.4 - Realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob

anestesia loco-regional (com exceção dos bloqueios subaracnóideo e peridural), com ou sem sedação.

5.1.2.5 - Não são permitidos o pernoite e a internação do paciente.

5.1.2.6 - A internação, quando necessária, será feita no hospital de retaguarda.

5.1.3 - Da Unidade Ambulatorial tipo III:

5.1.3.1 - É o estabelecimento de saúde, independente do hospital, destinado à realização de procedimentos médico-cirúrgicos, em nível ambulatorial, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.

5.1.3.2 - Deverá contar com equipamentos de apoio e de infra-estrutura adequados para o atendimento do paciente.

5.1.3.3 - Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida.

5.1.3.4 - Poderá ocorrer o pernoite do paciente, não devendo este permanecer no serviço por mais de 24 horas.

5.1.3.5 - A internação do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de retaguarda.

5.1.4 - Da Unidade Ambulatorial tipo IV:

5.1.4.1 - É a unidade ambulatorial, anexada a um hospital geral ou especializado, que realiza procedimentos médico-cirúrgicos em nível ambulatorial, em salas cirúrgicas da unidade ambulatorial ou do centro cirúrgico do hospital e que pode utilizar a estrutura de apoio (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.) do hospital.

5.1.4.2 - Realiza cirurgias de pequeno, médio e grande porte, com anestesia loco-regional com ou sem sedação e anestesia geral, com agentes anestésicos de eliminação rápida.

5.1.4.3 - Não estão previstos o pernoite e a internação do paciente nesta unidade, ocorrendo a internação no hospital somente na presença de complicações.

## **6 - DAS INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES**

6.1 - Os critérios estabelecidos para a seleção dos pacientes são os seguintes:

a) estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento ambulatorial são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da American

Society of Anesthesiologists (1962), ou seja:

a1) ASA I - pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos (ex: hérnia inguinal em pessoa sã);

a2) 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, obesidade);

b) a extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento ambulatorial;

c) não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;

d) o paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;

e) aceitação, pelo paciente, do tratamento ambulatorial proposto.

6.2 - A cirurgia/procedimento ambulatorial é contra-indicada quando:

a) os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, como: diabetes descompensado, alergias, coagulopatias, infecção sistêmica, desenvolvimento de infecção respiratória alta, temperatura superior a 38°C, paciente em choque, pacientes que requerem monitorização invasiva extensa, prematuros com idade inferior a três meses, obesidade severa, asmáticos mal controlados, anemia severa não corrigida, transtornos psiquiátricos, etc.;

b) os procedimentos a serem realizados são extensos;

c) há 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.

6.3 - 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 de intervenção cirúrgica e no retorno ao lar.

6.4 - 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, a cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa.

## 7 - DAS RESPONSABILIDADES

7.1 - A indicação da cirurgia/procedimento ambulatorial no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

7.2 - 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 ou da equipe médica executante, quando for o caso e esta documentação deverá ficar arquivada no prontuário do paciente.

7.3 - A avaliação pré-operatória/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento ambulatorial exige no mínimo:

- a) **ASA I:** história clínica, exame físico e exames laboratoriais quando indicados;
- b) **ASA II:** história clínica, exame físico e exames laboratoriais especiais, que cada caso requeira.

7.4 - Deverá ser anexado ao prontuário do paciente:

a) **Termo de Responsabilidade Médica** (assinado pelo médico executante), pela indicação da cirurgia/procedimento e do Serviço, conforme modelo do Anexo I;

b) **Termo de Aceitação do Tratamento Médico-Cirúrgico Ambulatorial preconizado**, assinado pelo paciente ou acompanhante responsável, conforme modelo do Anexo II;

c) **Termo de Acompanhamento de Paciente** conforme modelo do Anexo III.

7.5 - O médico deverá orientar o paciente e seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatórios/pré e pós-procedimentos necessários e complicações possíveis.

7.6 - Deverá ser arquivada, no prontuário do paciente, uma cópia dessas orientações assinada pelo paciente ou por seu responsável.

7.7 - Após a realização da cirurgia/procedimento, a alta imediata do serviço será dada pelo médico responsável.

7.8 - A responsabilidade do acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

## 8 - DOS REQUISITOS GERAIS

8.1 - Os estabelecimentos destinados à realização de procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais deverão obedecer às normas gerais e específicas de edificações previstas na legislação estadual e municipal vigentes, normas específicas

da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas, bem como Portaria nº 1884, de 11-11-94, do Ministério da Saúde, no que couber.

(...)

## **9 - DA ÁREA FÍSICA**

9.2 - Os estabelecimentos classificados como Unidade Ambulatorial tipo II deverão ser providos das áreas mínimas e especificações arquitetônicas a seguir:

9.2.1 - Unidade de Atendimento ao Paciente/Administrativa: Deverá contar com as seguintes dependências:

g) sala para sedação/recuperação pós-anestésica do paciente - a sala para sedação/recuperação pós-anestésica do paciente terá medida linear mínima de 3,00 metros. A área mínima para esta sala é de 9,00 m<sup>2</sup>, quando equipada com apenas um leito; de 8,00m<sup>2</sup> por leito para até quatro leitos, sendo este o número máximo de pacientes por sala de recuperação. Anexo a esta sala deverá haver um sanitário;

9.2.5.1.- As unidades ambulatoriais tipo II deverão funcionar, preferencialmente, em construções horizontais.

9.3 - A Unidade Ambulatorial tipo III deverá ser provida das mesmas instalações físicas da Unidade Ambulatorial tipo II, acrescida de :

a) fonte de energia alternativa, conforme determinações da Portaria nº 1884 , de 11-11-94, do Ministério da Saúde e normas técnicas ABNT;

b) copa para funcionários;

c) quarto e sanitário, provido de chuveiro, para plantonista;

d) quartos ou enfermarias para pernoite; neste caso, poderá ser dispensada a área destinada a indução anestésica/recuperação anestésica/observação do paciente.

9.4 - A Unidade Ambulatorial tipo IV deverá contar com todos os equipamentos de apoio e de infra-estrutura do hospital e também dispor da mesma área física da Unidade Ambulatorial tipo III, para o Centro Cirúrgico.

## **10 - DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS**

10.1 – A Unidade Ambulatorial tipo I 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 cardiorrespiratória;

d) fonte de oxigênio;

- e) dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico;
- f) mesa adequada para realização de 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 uso de pacientes, somente será permitido mobiliário padrão hospitalar;
- n) material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- o) material para a coleta de resíduos, conforme norma da ABNT.

10.2 - A Unidade Ambulatorial tipo II deverá contar com os materiais constantes da unidade tipo I, acrescidos de:

*Obs.: Existe falha nesta Resolução. Pela Lei n.º 1363/93, é obrigatório aparelho de anestesia. Segundo norma da ABNT, cardioscópio e material de intubação.*

- a) oxímetro de pulso;
- b) lavadora pequena com barreira ou outra de pequeno porte, desde que não seja a de uso doméstico;
- c) fogão ou similar;
- d) geladeira ou similar;
- e) outros equipamentos auxiliares para atividade hospitalar.

10.2.1 - Observação: o conjunto de emergência deverá estar localizado na sala de recuperação anestésica ou de observação de pacientes, ou na área de quartos e enfermarias e estar provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados na Unidade de Centro Cirúrgico.

10.3 - A Unidade Ambulatorial tipo III deverá possuir os seguintes materiais:

10.3.1 - As salas cirúrgicas deverão conter os seguintes equipamentos:

- a) mesas cirúrgicas simples;
- b) mesa para instrumental;
- c) aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;

- d) aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
- e) dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
- f) banquetas ajustáveis, inox;
- g) balde de chute;
- h) tensiômetro ou similar;
- i) equipamento para ausculta cardíaca;
- j) fontes de gases e vácuo;
- k) monitor cardíaco;
- l) oxímetro de pulso;
- m) laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- n) instrumental cirúrgico;
- o) material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- p) medicamentos (anestésicos, analgésicos e medicações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorrespiratória.)

10.3.2 - A sala de indução anestésica/recuperação pós-cirúrgica deverá estar equipada com:

- a) cama de recuperação com grade;
- b) conjunto de emergência, com desfibrilador;
- c) tensiômetro ou similar;
- d) laringoscópio adulto e infantil;
- e) capnógrafo;
- f) ventilador pulmonar adulto e infantil;
- g) aspirador contínuo elétrico;
- h) estetoscópio;
- i) fonte de oxigênio e vácuo;
- j) monitor cardíaco;
- k) oxímetro de pulso;
- l) eletrocardiógrafo;
- m) maca hospitalar com grade;
- n) material de consumo;
- o) medicamentos.

10.3.3 - Nas áreas de apoio deverá haver:

- a) estufa/autoclave para esterilização de material;
- b) geladeira ou similar;
- c) fogão ou similar;
- d) lavadora pequena com barreira ou outra de pequeno porte, desde que não seja a de uso doméstico;
- e) calandra;
- f) outros.

10.4 - A Unidade Ambulatorial tipo IV deverá possuir, no mínimo, os materiais mencionados no item 10.3.

## 11 - DOS RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

11.1 - Os serviços de saúde que realizam procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais deverão contar com os seguintes profissionais:

a) **Unidade Ambulatorial tipo II:** médicos (responsáveis pela anestesia, quando houver sedação e pela cirurgia), enfermeira, auxiliar e enfermagem e outros.

b) **Unidade Ambulatorial tipo III:** médicos (responsáveis pela anestesia e pela cirurgia), enfermeira, auxiliar de enfermagem e outros. Neste estabelecimento deverá estar prevista a contratação de funcionários (médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e pessoal de serviços de apoio) para o período noturno, em número suficiente para a assistência adequada ao número de pacientes previstos para a pernoite.

c) **Unidade Ambulatorial tipo IV:** médicos (responsáveis pela anestesia e pela cirurgia), enfermeira, auxiliar de enfermagem e outros.

11.2 - Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos conforme determina a legislação em vigor.

## 12 - DA ORGANIZAÇÃO

12.1 - Todos os serviços mencionados no item 5.1. deverão possuir:

- a) registro diário do mapa de todas as cirurgias;
- b) registro da ocorrência de complicações pós-operatórias, ocorridas até o 10º dia após a realização da cirurgia (inclusive internação hospitalar);
- c) registro de dados de ocorrência de infecção pós-cirúrgica, mantendo estatística mensal de ocorrência de infecção, topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;
- d) registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos).



12.2 - Deverá haver uma programação diária de cirurgias para todas as salas, levando-se em conta o potencial de contaminação da cirurgia.

12.3 - Os procedimentos para controle de infecção pós-operatória, incluindo procedimentos de limpeza, esterilização e desinfecção, deverão obedecer às determinações da Portaria nº 930, de 27-08-92, do Ministério da Saúde e as orientações do Ministério da Saúde.

12.4 - Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer ao estabelecido nas Portarias 27, de 24-10-86 e 28, de 13-11-86, do Ministério da Saúde, ou outras que venham substituí-las.

12.5 - Deverão ser estabelecidas rotinas para os serviços de limpeza, de enfermagem e de lavanderia.

12.6 - Os estabelecimentos deverão ser mantidos em perfeitas condições de ordem e limpeza.

### **13 - DO FUNCIONAMENTO**

13.1 - Os serviços que realizam procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais mencionados no item 5.1 deverão ter seus projetos de construção, reconstrução, adaptação ou reforma aprovados pela autoridade sanitária competente.

13.2 - Os serviços que realizam procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais, mencionados no item 5.1, só poderão funcionar depois de devidamente licenciados pela autoridade sanitária competente, com suas especificações definidas.

13.2.1 - Na licença de funcionamento (alvará) deverá constar o tipo de serviço, segundo classificação do item 5.1 e especialidades cirúrgicas.

13.2.2 - A Unidade Ambulatorial tipo IV poderá ter a mesma licença de funcionamento (alvará) do hospital, se a unidade mantenedora for a mesma.

13.2.3 - Qualquer alteração deverá ser apostilada ao alvará.

13.2.4 - A licença de que trata este artigo deverá ser renovada anualmente.

13.3 - Os estabelecimentos mencionados no item 5.1 deverão contar com um responsável técnico, legalmente habilitado e inscrito no CREMESP, que assinará Termo de Responsabilidade perante a autoridade sanitária competente.

13.4 - Os estabelecimentos classificados como unidades ambulatoriais tipos II, III e IV deverão contar com retaguarda 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 da cirurgia/procedimento e deverão, no momento da vistoria, apresentar Contrato de

Convênio. O hospital deverá estar localizado em distância compatível com o atendimento emergencial ao doente que está sendo removido.

13.5 - As unidades ambulatoriais tipo I a IV, que contratam serviços de esterilização de materiais, lavanderia e serviço de nutrição e dietética, estão dispensados de possuir área física e equipamentos necessários para a esterilização de materiais, lavagem de roupas e preparo de dietas.

Entretanto a edificação não estará dispensada de possuir áreas como:

1 - Copa para o recebimento das dietas e refeições.

2 - Área para a descontaminação de lavagem do material a ser esterilizado.

3 - Área para o recebimento e guarda do material esterilizado.

4 - Área para a guarda da roupa suja: esta não poderá ser a mesma área da sala de utilidades das unidades.

5 - Área para a guarda de roupa limpa.

13.5.1 - Deverão apresentar documentação que comprove a contratação dos serviços.

13.5.2 - Nos municípios onde houver coleta diferenciada de resíduos de Serviços de Saúde, os estabelecimentos mencionados no item 5.1 deverão estar cadastrados junto ao serviço de coleta.

13.5.3 - Os serviços contratados deverão estar cadastrados nos órgãos competentes. Para os serviços de lavanderia, estes deverão estar cadastrados na Vigilância Sanitária.

13.5.4 - Estes serviços deverão apresentar área física conforme a preconizada para os estabelecimentos hospitalares (Portaria MS-1884/94).

13.5.5 - O transporte dos materiais (roupas, materiais de uso médico-cirúrgico e alimentos) deverá ser feito em condições de acondicionamento e embalagem, conforme normas preconizadas, sem apresentar o risco de contaminação entre o materiais sujo e o limpo.

13.6- Os estabelecimentos classificados como unidades ambulatoriais tipos II e III deverão ter condições de efetuar a remoção de pacientes que necessitem de internação, sem agravar suas condições clínicas.

13.6.1 - O estabelecimento poderá dispor de serviço próprio ou contratado.

13.6.2 - Em ambas as situações deverão ser atendidas as exigências da portaria específica para a remoção de pacientes.

13.7 - Os estabelecimentos que realizam procedimentos médico-cirúrgico ambulatoriais terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias para atenderem estas exigências.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO  
(Razão Social - Endereço Completo)

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Eu, ..... inscrito no CREMESP  
(nome completo do médico)

sob nº ..... assumo total responsabilidade pela indicação e realização  
do tratamento médico-cirúrgico a que será submetido o (a) Sr(a) .....  
....., RG nº ..... , de ..... anos, (idade)  
(nome completo)

no ..... , em ..... / ..... / .....  
(nome do serviço) (data)

MODELO

..... , ..... / ..... / .....  
(Cidade) (dia) (mês) (ano)

.....  
(assinatura e carimbo com nome e no. CRM)

Obs.: RESOLUÇÃO NO ÂMBITO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

ANEXO II

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO  
(Razão Social - Endereço Completo)

TERMO DE ACEITAÇÃO DO TRATAMENTO  
MÉDICO-CIRÚRGICO AMBULATORIAL

Eu, ..... , RG nº ..... ,  
(nome completo do paciente)

aceito plenamente o tratamento médico-cirúrgico ambulatorial preconizado, sob responsabili-  
dade do Dr. .... ,  
(nome completo do médico)

inscrito no CREMESP sob nº ..... , a ser realizado no .....  
..... , em ..... / ..... / .....  
(nome do serviço) (data)

MODELO

..... , ..... / ..... / .....  
(Cidade) (dia) (mês) (ano)

.....  
(assinatura)

Obs.: RESOLUÇÃO NO ÂMBITO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

ANEXO III

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO  
(Razão Social - Endereço Completo)

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE

Eu, ....., RG nº .....,  
(nome completo do acompanhante)

responsabilizo-me por acompanhar o(a) Sr(a) .....  
..... RG nº .....,  
(nome completo)

durante o tratamento cirúrgico ambulatorial, no .....  
....., em ..... / ..... / .....  
(nome do serviço) (data)

até a sua residência, salvo se houver internação hospitalar imediatamente após a realização da  
cirurgia.

MODELO

....., ..... / ..... / .....  
(Cidade) (dia) (mês) (ano)

.....  
(assinatura)

Obs.: RESOLUÇÃO NO ÂMBITO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

# Obrigatoriedade da sala de RPA (Recuperação Pós-Anestésica)

Portaria MS/GM 1884/94 de 11.11.94

Revoga Portaria MS 400/77 (D.O.U. 15/12/77)

---

Determina que para cada grupo de 50 leitos hospitalares ou fração exige-se uma sala de cirurgia. Deve ser prevista para a unidade de centro cirúrgico sala de recuperação pós-anestésica para atender, no mínimo, a dois pacientes simultaneamente, em condições técnicas satisfatórias. O número de salas de recuperação pós-anestésica assim como sua capacidade operativa devem guardar relação com o programa de trabalho determinado para a unidade.

# Código Profissional e Econômico da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

## CAPÍTULO I PRECEITOS GERAIS

**Art. 1º** - O Anestesiologista é um médico especializado que, além de possuir cultura indispensável à prática da Medicina, consagra-se ao estudo e à prática da Anestesiologia.

**Art. 2º** - O Anestesiologista deve, em conseqüência, no exercício de sua profissão médica, usufruir das mesmas regalias e direitos, bem como suportar as mesmas obrigações dos demais profissionais médicos.

**Art. 3º** - O Anestesiologista está obrigado a pautar seus atos, dentro e fora de sua profissão, de acordo com as normas e preceitos do Código de Ética Médica dos Conselhos Regionais de Medicina do Brasil, bem como de acordo com as normas, regulamentos e demais disposições legais pertinentes.

**Art. 4º** - No âmbito da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e de suas Regionais, o Anestesiologista está adstrito a atender às obrigações decorrentes de sua condição de sócio, sejam, assumidas pessoalmente, sejam as decorrentes de resoluções vinculativas emanadas de órgãos diretores da Sociedade, dentro e no limite das respectivas competências.

## CAPÍTULO II DAS INFRAÇÕES

**Art. 5º** - As infrações ao Código de Ética Médica dos Conselhos Regionais de Medicina, às leis penais, aos regulamentos e às demais disposições legais sanitárias e administrativas que disciplinam o exercício da Medicina, com sentença ou decisão com trânsito em julgado pelos respectivos órgãos julgadores, na de-

pendência da natureza da infração cometida, constituirão, nos termos do artigo 3º dos preceitos gerais, infração ao presente Código.

**Art. 6º** - Constituem infrações ao presente Código, nos termos do artigo 4º dos preceitos gerais:

I – Improbidade na gestão de dinheiro, bens ou patrimônio da Sociedade.

II – Desídia no exercício de cargo ou função social, permanente ou temporária, eletivo ou de designação da Diretoria.

III – Manifestação desabonadora à Sociedade Brasileira de Anestesiologia, à Associação Médica Brasileira ou às suas Federadas, feitas publicamente, respeitado o direito de crítica no âmbito daquelas sociedades através dos canais competentes.

IV – Ato atentatório à integridade moral ou física de outro sócio, no âmbito do convívio associativo.

V – Desatendimento a resoluções sociais vinculativas que determinem comportamento ou conduta a ser seguida pelos sócios em defesa dos legítimos interesses econômicos e profissionais dos Anestesiologistas e da classe médica em geral.

VI – Ato notoriamente desabonado da conduta moral, que independa de prévia apreciação pelos órgãos públicos, o qual, pela sua desonra torne seu autor indigno da convivência social.

### **CAPÍTULO III DA APURAÇÃO DAS INFRAÇÕES**

**Art. 7º** - A apuração das infrações ao presente Código far-se-á nos termos e disposições do Código de Processo Profissional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

### **CAPÍTULO IV DA APLICAÇÃO DAS SANÇÕES**

**Art. 8º** - Esgotados os recursos previstos no Código de Processo Profissional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, compete, exclusivamente, à Diretoria da Sociedade a aplicação das sanções impostas aos infratores.

### **CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 9º** - Este Código entrará em vigor na data de sua aprovação, pela Assembleia de Representantes, revogando-se as disposições anteriores.



**Art. 10º** – Este Código poderá ser reformado no todo ou em parte, pela Assembleia de Representantes, por proposta da:

I – Diretoria.

II – De mais de 20% dos Representantes da AR.

§ ÚNICO – As propostas deverão ser estudadas pela Comissão de Estatuto, Regulamentos e Regimentos que emitirá parecer para a Assembleia.

# Código de Processo Profissional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

---

## CAPÍTULO I DA INSTAURAÇÃO

**Art. 1º** - A instauração de um Processo Profissional contra qualquer membro da SBA será de competência da Diretoria da SBA e só se verificará quando forem esgotados os recursos de persuasão e aconselhamento para evitá-lo e após sindicância realizada pela regional a que este é filiado.

**Art. 2º** - Todo e qualquer desrespeito ou infração às normas e princípios estabelecidos pelo Código Profissional e Econômico da Sociedade Brasileira de Anestesiologia que, por conhecimento próprio ou denúncia formalizada, chegue à Diretoria da Sociedade Brasileira de Anestesiologia será, na primeira reunião ordinária dela ou, se for o caso, em reunião extraordinária, especialmente convocada, apreciada para as providências processuais que se fizerem necessárias.

**Art. 3º** - Se por deliberação da Diretoria, os fatos por ela conhecidos configurarem infração ou desrespeito ao Código Profissional e Econômico da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, será instaurado o competente processo profissional, nomeando, a Diretoria, uma Comissão temporária para instruir o processo (Comissão de Instrução - C.I.).

§ ÚNICO – Com base no parecer da C.I. a Diretoria da SBA poderá encaminhar ao Conselho Regional de Medicina, com jurisdição sobre o membro infrator, denúncia sobre infração ética, ou, simplesmente, instaurar um processo profissional de âmbito interno da SBA.

## CAPÍTULO II DO PROCESSO

**Art. 4º** - Compete à C.I. instruir os processos profissionais no âmbito interno da SBA.

**Art. 5º** - O Presidente da C.I., ao receber da Diretoria o processo instaurado, designará, entre os membros da Comissão, um relator cuja função será a de instruir o processo sob a forma de autos que conterão, em ordem lógica, depoimentos, provas documentais e testemunhais colhidas por sua iniciativa ou fornecidas pelas partes.

**Art. 6º** - O relator designado terá o prazo de trinta dias, prorrogáveis por outros trinta dias, por solicitação justificada, para instruir o processo.

**Art. 7º** - A tomada de depoimentos, provas ou testemunhos poderá ser feita por audiência, correspondência ou carta precatória aos Presidentes de Regionais onde a infração tenha ocorrido e resida uma ou mais pessoas envolvidas no processo, podendo utilizar-se formas combinadas destas providências.

**Art. 8º** - As partes envolvidas no processo poderão utilizar-se, tanto na denúncia como na defesa, de provas testemunhais ou documentais, sendo-lhes, ainda, facultada, a assistência de um advogado.

**Art. 9º** – Para todas as providências da instrução, o relator poderá se valer da Secretaria Executiva da SBA.

**Art. 10º** – Encerrada a instrução do processo, o relator deverá apresentar, no prazo máximo de quinze dias, ao Presidente da C.I., um relatório circunstanciado da Instrução.

**Art. 11º** – O Presidente da C.I., ao receber os autos conclusos, reunirá a Comissão para:

I – Apreciar eventuais nulidades processuais.

§ ÚNICO – Se a C.I. verificar nulidades processuais determinará ao relator que as sane.

II – Emitir parecer, para a Diretoria da SBA, em prazo improrrogável de vinte dias, que será absolvição ou condenação indicando, neste último caso, a pena a ser aplicada entre a censura reservada, censura pública em órgão de divulgação da SBA ou eliminação dos quadros da SBA.

**Art. 12º** – Recebido o processo, a Diretoria, por determinação do Presidente da Sociedade, marcará o julgamento que deverá ser realizado na primeira reunião da Diretoria a ocorrer.

### **CAPÍTULO III DO JULGAMENTO**

**Art. 13º** – O julgamento será realizado em sessão plenária da Diretoria, que terá poderes para homologar, alterar ou anular o parecer da Comissão.

**Art. 14º** – O indiciado poderá apresentar defesa, na sessão do julgamento, por um período não superior a vinte minutos, após o que não lhe será permitido permanecer na sala em que processa o julgamento.

### **CAPÍTULO IV DO RECURSO**

**Art. 15º** – De toda penalidade aplicada, pela Diretoria, caberá recurso que será voluntário, a cargo do condenado ou de ofício, no caso de aplicação da penalidade de eliminação dos quadros da SBA.

§ **ÚNICO** – O órgão de recurso será a Assembléia de Representantes da SBA.

**Art. 16º** – Os recursos contra as penalidades de censura pública publicada em órgão de divulgação da SBA e de eliminação dos quadros da SBA terão efeito suspensivo.

**Art. 17º** – O Diretor do Departamento de Defesa Profissional será o Relator dos Recursos interpostos à Assembléia de Representantes, devendo apresentar à mesma, relatório circunstanciado de todo o processo.

### **CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 18º** – Este código entrará em vigor na data de sua aprovação pela Assembléia de Representantes, revogando-se quaisquer disposições anteriores.

**Art. 19º** – Este Código poderá ser reformado no todo ou em parte, pela Assembléia de Representantes, por proposta:

I – Da Diretoria.

II – De mais de 20% dos Representantes da Assembléia de Representantes.

§ **ÚNICO** – As propostas deverão ser estudadas pela Comissão de Estatuto, Regulamentos e Regimentos que emitirá parecer para a Assembléia.

# Instrumento particular de contrato de prestação de serviços de Anestesiologia

Pelo presente Instrumento, de um lado, ..... ,  
doravante denominado Paciente, e de outro o Dr. .... ,  
ou qualquer outro membro de sua equipe de Anestesia, doravante denominado Médico Anestesiologista, tem justo e acordado o que segue:

- 1) - O paciente contrata os serviços do médico anestesiologista para realização de anestesia, em decorrência de procedimento cirúrgico a que se submeterá no dia ..... , no Hospital .....
- 2) - O paciente se compromete a pagar ao médico anestesiologista, a título de honorários, pela realização do ato anestésico, a importância de \$ .....
- 3) - O paciente se responsabiliza, ainda, pelo pagamento dos exames que se fizerem necessários, mesmo aqueles consequentes do ato anestésico a que se submeterá.
- 4) - O paciente reconhece os riscos inerentes ao ato anestésico e que são, principalmente os seguintes: .....
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
- 5) - O médico anestesiologista se compromete a utilizar a melhor técnica disponível, obrigando-se a agir com zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando todavia, se não os alcançar, salvo isso ocorra por negligência, imprudência ou imperícia nos meios empregados.
- 6) - O paciente, por livre e espontânea vontade, se interna no hospital indicado, tendo conhecimento que o médico anestesiologista apenas se responsabiliza pelo procedimento de sua especialidade, não se obrigando, todavia, pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição

ou por outros profissionais que participarem do ato cirúrgico.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente, em duas vias de igual teor e perante as testemunhas no final nominadas.

Local e Data: .....

Médico: .....

Paciente: .....

Testemunhas: .....

**MODELO**

Declaração

Pela presente, declaro, para os devidos fins, que, embora com direito aos benefícios da Previdência, em razão de pretender atendimento diferenciado, opto por instalações diversas das a mim ofertadas pelo sistema, estando por isso ciente de que terei que suportar as despesas hospitalares e decorrentes dos honorários médicos, conforme contrato respectivo que firmarei.

E por verdade, assino esta declaração, na presença das testemunhas no final nominadas.

Local e data ..... Testemunhas: .....

(Fonte: Boletim SAESP 02/94)

# Instrumento particular de prestação de serviços para grupos de Anestesiologistas

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes abaixo qualificadas:

a) ..... , com sede na cidade de ..... , à Rua ..... , inscrita no CGC do MF sob nº ..... , neste ato representada por ..... , qualificar e fornecer endereço, doravante designada simplesmente de CONTRATANTE, e de outro lado,

b) ..... , inscrita no CGC do MF sob nº ..... e domiciliada, nesta Capital, na Rua ..... , doravante denominado CONTRATADO.

Têm entre si, perfeitamente convencioneado, justo e contratado, o quanto segue:

## I – DO OBJETO

1. Constitui-se objeto do presente contrato a prestação de serviços médicos por parte do CONTRATADO à CONTRATANTE de acordo com suas habilidades e na especialidade de anestesiologia, devendo sempre observar os padrões estabelecidos ou recomendados pelos órgãos de classe e instituições de fiscalização profissional em geral, não praticando qualquer tipo de discriminação no atendimento ou nas técnicas empregadas aos pacientes internados na CONTRATANTE.

## II – DAS CONDIÇÕES DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2. Os serviços deverão ser prestados na sede da CONTRATANTE localizada na Rua ..... , podendo, desde que de comum acordo entre as partes, serem igualmente prestados em outras unidades da CONTRATANTE.

3. Fica estipulado que a CONTRATADA, através de seus profissionais anestesiologistas, prestará

serviços à CONTRATANTE de .....(segunda à.....; diariamente) no período das.....às.....ou em regime de plantão de “x” horas.

4. Na execução dos serviços objetos deste contrato, a CONTRATADA atenderá a pacientes que sejam internados ou atendidos ambulatorialmente.

5. Poderá a CONTRATANTE, a qualquer tempo, solicitar esclarecimentos quanto à prestação de serviços, desde que o faça de forma expressa.

### III – DO PAGAMENTO

6. A CONTRATANTE pelos serviços prestados pela CONTRATADA pagará, a título de honorários, aos médicos a importância de.....(especificar).

7. Os pagamentos dos honorários médicos deverão ser efetuados no dia.....ou (na forma que vier a ser combinada).

*Obs.: Nesta cláusula deverá constar ainda a forma de pagamento, se sobre o faturamento, se através de convênio, valor fixo, época de reajuste, etc.*

8. O atraso no pagamento superior a 15 (quinze) dias autorizará a CONTRATADA a suspender os serviços até a efetiva quitação, sendo que se o atraso persistir por prazo superior a 30 (trinta) dias, tal fato autorizará a CONTRATADA a considerar rescindido o presente instrumento, ressalvado o direito de cobrar os valores em aberto.

9. O não pagamento nas datas aprezadas acarretará a aplicação da multa de 10% sobre o débito devidamente atualizado pelo índice da..... (especificar índice), desde a data do vencimento até a da efetiva liquidação, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

10. Todas as despesas relativas ao atendimento na especialidade de Anestesiologia serão de responsabilidade única da CONTRATANTE.

11. Sempre que necessário e através de prévia solicitação por escrito, a CONTRATANTE deverá prestar todas as informações que a CONTRATADA julgar necessária referente às contas e pagamentos efetuados, para exame do exato cumprimento do estabelecido nesta cláusula.

### IV – DA VIGÊNCIA E EXTINÇÃO

12. O presente contrato terá o prazo de duração de....., contados da data de sua assinatura.

(ou)

O presente contrato entrará em vigor na data de sua assinatura e vigorará por prazo indeterminado.

13. O contrato será automaticamente renovado por igual prazo, uma ou mais vezes, independentemente de qualquer formalidade, mediante as mesmas cláusulas e condições, se até 30 (trinta) dias antes de seu término não houver denúncia escrita de qualquer das partes contratantes (aplicável



somente na utilização da **primeira hipótese** contemplada no **item 12)**

14. Este instrumento poderá ser rescindido, antes do término do seu prazo de duração:

- a) por mútuo acordo entre as partes;
- b) unilateralmente, em caso de descumprimento pela parte contrária, de qualquer das cláusulas ora ajustadas, bastando para tanto uma notificação apontando a condição desrespeitada;
- c) extinção ou dissolução de qualquer das partes;

obs.: (independentemente do constante no item 13)

15. Na hipótese de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, com exceção das matérias previstas, sendo, portanto considerada como a parte inocente a CONTRATADA terá esta o direito ao recebimento de multa de indenização no valor de \$.....ou percentual de..... Essa multa será sempre devida por inteiro independente do prazo transcorrido do contrato.

*(obs.: quando o contrato for prazo indeterminado)*

16. Poderá ainda ser rescindindo o presente contrato, sem a aplicação de qualquer ônus ou penalidade, além do pagamento mensal “pró rata” devido pela prestação dos serviços realizados, mediante comunicação por escrito e devidamente protocolada à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. *(obs.: quando o contrato for prazo indeterminado)*

17. Na hipótese do descumprimento do aviso prévio supra mencionado, a parte denunciante deverá pagar a outra multa equivalente a.....(especificar o valor ou percentual da multa).

## V – DISPOSIÇÕES GERAIS

18. Durante a vigência do presente contrato e de suas prorrogações, a CONTRATADA terá a absoluta exclusividade na prestação dos serviços médicos de sua especialidade indicada na cláusula primeira.

19. É expressamente proibida a cessão ou transferência do presente instrumento a terceiros no todo ou em parte, exceto com a expressa anuência da outra parte.

20. Por infração total ou parcial das cláusulas ou condições estabelecidas neste instrumento e para os quais não haja sanção já especificada, ficará a parte infratora sujeita a multa de 20% ( vinte por cento), sobre o valor do pagamento mensal cobrável em dobro em caso de reincidência, sem prejuízo da parte inocente considerar rescindido o contrato nos termos do item 14, “b”.

21. A CONTRATADA na forma da lei é responsável por eventuais erros médicos de sua equipe, assim como a CONTRATANTE é responsável pelos erros médicos dos integrantes de seu corpo de funcionários ou empresas contratadas.

22. Qualquer alteração nas cláusulas deste instrumento somente terá validade com a anuência expressa das partes e desde que efetivada em forma de “aditivo contratual”.

23. A CONTRATADA se obriga a responder por qualquer obrigação trabalhista dos profissionais pertencentes ao seu quadro de funcionários, bem como pelos recolhimentos de taxas e impostos devidos, ficando a CONTRATANTE isenta de quaisquer reclamações que eventualmente possam ocorrer.

#### VI – DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de....., como único competente para dirimir qualquer dúvida oriunda deste instrumento, com a renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, devendo a parte perdedora responder por custas e honorários advocatícios na base de 20% sobre o valor da condenação.

E por estarem assim certo, justos e contratados, assinam o presente em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

São Paulo ..... testemunhas: .....



Impresso na  
Editora e Gráfica Stampato  
Rua Anhanguera, 815 - 01135-020 - São Paulo - SP  
Fone: (11) 3612.2770 / Fax: (11) 3612.2795  
E-mail: [stampato@stampato.com.br](mailto:stampato@stampato.com.br)