

**Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**

RESOLUÇÃO Nº 2.056, DE 20 DE SETEMBRO DE 2013

Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos.

Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e
CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar em qualquer ponto do território nacional sem ter um diretor técnico habilitado para o exercício da Medicina nos termos do regulamento sanitário federal;
CONSIDERANDO que de acordo com o artigo 15, letra "c" da Lei nº 3.268/57, os Conselhos Regionais de Medicina são incumbidos da fiscalização do exercício da profissão médica;
CONSIDERANDO que o artigo 12 do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, deixa claro que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina;
CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício das profissões;
CONSIDERANDO que todos os serviços cuja atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros seja exercida por médico legalmente capacitado e devem ser fiscalizados pelos Conselhos de Medicina;
CONSIDERANDO que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), atribui aos órgãos de fiscalização do exercício profissional, juntamente com a União, estados, Distrito Federal e municípios, as competências de definir e controlar os padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
CONSIDERANDO o artigo 7º da Lei 12.842/13, que atribui ao "Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos";
CONSIDERANDO que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade;
CONSIDERANDO que o prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina;
CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a fiscalização do exercício da Medicina e dos organismos de prestação de serviços médicos;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 20 de setembro de 2013, resolve:

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

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

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

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

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

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente do Conselho
HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

ANEXO I

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

CAPÍTULO I

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

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

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

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

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

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

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

Art. 2º. Compete ao Departamento de Fiscalização:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7º. O coordenador do Departamento de Fiscalização, ao encaminhar as irregularidades constatadas ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho Regional de Medicina, deverá juntar cópia do(s) respectivo(s) processo(s) de fiscalização e, sempre que possível, instruí-lo com os antecedentes do profissional, do estabelecimento ou da organização fiscalizados constantes no arquivo do órgão.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

DA DEFINIÇÃO DE SERVIÇOS E AMBIENTES MÉDICOS

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DO DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DOS MÉDICOS INTEGRANTES DE CORPO CLÍNICO

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

DA RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS INVESTIDOS EM FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS DE QUAISQUER NATUREZAS

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

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

CAPÍTULO VI

DOS DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES TERAPÊUTICAS

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

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

§ 2º. Quando a aplicação dos programas de saúde pública não obedecerem ao que está previsto no parágrafo primeiro, exime-se o médico de responder por resultados adversos, inclusive morte ou lesão corporal, devendo comunicar o fato,

por escrito, ao diretor técnico médico ou diretor clínico, e ao Conselho Regional de Medicina, para as providências legais cabíveis.

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VII

DOS ESTABELECIMENTOS DE INTERNAÇÃO MÉDICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V - farmácia/dispensário de medicamentos.

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

VII - sala de curativo/sutura.

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

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

X - DML

XI - central ou fonte de gases medicinais.

XII - almoxarifado.

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

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

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

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

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

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

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

III - sala de recuperação pós-anestésica.

IV - unidade de cuidados intermediário.

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

VI - sala de isolamento para os casos indicados.

VII - unidade de serviço hemoterápico.

VIII - necrotério.

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

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

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

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

§ 2º. As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, e presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal, de acordo com a Lei no 10.216/01, as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

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

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

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

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

CAPÍTULO VIII

DO TRATAMENTO MÉDICO GERAL E ESPECIALIZADO

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

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

Art. 31. Para quaisquer modalidades de tratamento os serviços médicos extra-hospitalares devem ser prioritários, dando-se prioridade aos mais próximos da comunidade do paciente, encaminhando-o àquele mais adequado a suas necessidades e observando a hierarquia entre atenção primária, secundária e terciária.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IX

DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR GERAL E ESPECIALIZADA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - Incapacidade grave de autocuidados.

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

III - Risco de autoagressão ou de heteroagressão.

IV - Risco de prejuízo moral ou patrimonial.

V - Risco de agressão à ordem pública.

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

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

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

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

CAPÍTULO X

DA ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

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

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

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

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

Art. 46. As evoluções e prescrições de rotina devem ser feitas pelo médico assistente pelo menos uma vez ao dia.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO XI DA ANAMNESE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g) Exame do estado mental (para a psiquiatria e neurologia):

senso-percepção, representação, conceito, juízo e raciocínio, atenção, consciência, memória, afetividade, volição e linguagem;

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

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

j) Diagnóstico: de acordo com o CID da Organização Mundial da Saúde em vigor;

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

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

m) Sequelas: encaminhamento para outros profissionais ou prescrições específicas como órteses e próteses;

n) Causa da morte: em caso de falecimento.

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

CAPÍTULO XII DAS PERÍCIAS MÉDICAS E MÉDICO-LEGAIS

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

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

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

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

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

Art. 56. Os relatórios periciais (laudos) poderão variar em função da natureza e das peculiaridades da perícia (cível, criminal, administrativa, trabalhista ou previdenciária; transversal, retrospectiva ou prospectiva; direta ou indireta); entretanto, sempre que possível, deverá ser observado o roteiro abaixo indicado.

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

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

- a) Preâmbulo. Autoapresentação do perito, na qual informa sobre sua qualificação profissional na matéria em discussão;
- b) Individualização da perícia. Detalhes objetivos sobre o processo e as partes envolvidas;
- c) Circunstâncias do exame pericial. Descrição objetiva dos procedimentos realizados (entrevistados, número de entrevistas, tempo dispendido, documentos examinados, exames complementares etc.);
- d) Identificação do examinando. Nome e qualificação completa da pessoa que foi alvo dos procedimentos periciais;
- e) História da doença atual. Relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;
- f) História pessoal. Síntese da história de vida do examinando, com ênfase na sua relação com o objeto da perícia, se houver;
- g) História psiquiátrica prévia (em perícias psiquiátricas).

Relato dos contatos psiquiátricos prévios; em especial, tratamentos e hospitalizações;

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

i) História familiar. Registro das doenças prevalentes nos familiares próximos;

j) Exame físico. Descrição da condição clínica geral do examinando;

k) Exame do estado mental (em perícias psiquiátricas e neurológicas).

Descrição das funções psíquicas do examinando;

l) Exames e avaliações complementares. Descrição de achados laboratoriais e de resultados de exames e testes aplicados;

m) Diagnóstico positivo. Segundo a nosografia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, oficialmente adotada pelo Brasil;

n) Comentários médico-legais. Esclarecimento sobre a relação entre a conclusão médica e as normas legais que disciplinam o assunto em debate;

o) Conclusão. Frase curta e direta que sintetiza todo o pensamento do perito;

p) Resposta aos quesitos. Respostas claras, concisas e objetivas.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO XIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 68. Todos os serviços médicos, inclusive consultórios privados, deverão afixar, em local visível, o Certificado de Regularidade de Inscrição, renovado anualmente.

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

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

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

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral