



ATESTADO MÉDICO

PRÁTICA E ÉTICA

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

ATESTADO MÉDICO PRÁTICA E ÉTICA

CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

2013

Atestado Médico – Prática e Ética

Publicação do Centro de Bioética do
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)
Rua Domingos de Morais, 1.810 – Vila Mariana
São Paulo – SP – CEP: 04010-200 – Tel: (11) 5908-5647
www.bioetica.org.br

Coordenação

Gabriel Oselka

Elaboração

Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica (Gacem)

Organização geral, Edição e Revisão

Concília Ortona (MTb – 19.259)

Diretor do Departamento de Comunicação do Cremesp

João Ladislau Rosa

Coordenador do Centro de Bioética

Reinaldo Ayer de Oliveira

Diagramação

José Humberto de S. Santos

Revisão

BK Consultoria e Serviços Ltda

Apoio Bibliográfico

Dinaura Paulino Franco

Apoio Administrativo

Laura Abreu

Atestado médico – prática e ética. / Coordenação de Gabriel Oselka. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

152 p.

1. Atestado médico 2. Ética médica I. Oselka, Gabriel (coord.) II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo III. Título

NLM W50

*Para Sérgio Gomes de Souza,
com carinho e saudade*

Apresentação

O atestado médico é um dos documentos mais comuns no repertório de nossa profissão, ao lado do prontuário e da ficha de atendimento. Ao longo da carreira, é possível perder a conta de quantos pacientes o requisitaram alegando motivações diversas, que vão da necessidade de afastamento do trabalho por doença a situações mais graves, como a perda de um ente querido, falando-se em declaração de óbito.

Por curioso que pareça, a frequência com que são solicitados a emitir atestados leva boa parte dos médicos a, de maneira equivocada, fazê-lo de forma automática, sem questionar quais são as particularidades *práticas* e *éticas* envolvidas nesse universo tão pouco discutido na formação acadêmica.

Práticas porque, entre outros pontos, o atestado resulta de um ato médico realizado – sendo, portanto, parte deste. Dissociar o documento do atendimento é cometer ilícito ético passível de punição junto aos Conselhos de Medicina. *Éticas*, pois o que pode parecer um “simples” relato das condições de saúde envolve questões relacionadas, como o sigilo e a relação médico-paciente, devidamente sedimentadas ao longo da história da medicina.

De maneira oportuna e corajosa, o Centro de Bioética do Cremesp, por meio do Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica (Gacem), dedicou anos ao debate e à reflexão desse assunto tão pouco explorado e, ao mesmo tempo, tão presente no dia a dia da profissão. O resultado materializou-se nesta obra que ora tenho o orgulho de apresentar.

APRESENTAÇÃO

Atestado Médico – Prática e Ética destina-se a esclarecer dúvidas pontuais, de vários âmbitos, surgidas no momento do preenchimento do atestado. Ou seja, não tem a intenção de se tornar a última palavra sobre o tema, pois se trata de algo dinâmico, em constante construção a partir da rotina dos atendimentos.

O livro é oferecido como lembrete útil, no sentido de os médicos agirem corretamente ao emitir o documento, seja para pacientes, familiares, colegas ou autoridades sanitárias. Enfim, atuem de forma adequada em relação à sociedade em geral, que ainda vê a carreira médica como exemplo de conduta adequada e retidão de caráter.

Boa leitura!

Renato Azevedo Júnior, presidente do Cremesp

Índice

■ INTRODUÇÃO	15
■ O ATESTADO MÉDICO	17
Vários atestados, várias finalidades	17
Classificação legal específica sobre atestados	18
Atestado e declaração	18
Valorize o atestado	18
Motivos para a devolução	19
O carimbo não é obrigatório	19
Algumas definições sobre documentos médicos	21
■ ATESTADO PARA PORTADOR DE DOENÇA	23
Justificar falta ao trabalho	23
Justificar falta à escola	24
Comprovar deficiência para admissão em emprego	24
Avalizar viagem aérea de passageiros especiais	25
Atender exigência de rede pública	26
Isenção do imposto de renda	26
Transporte gratuito	27
Liberação do IPI, IOF e outros impostos	28
Emissão para o não uso do cinto de segurança?	29
■ ATESTADO DE SAÚDE	31
Prática de atividade física ou esportiva	31
As academias e os atestados	32
Atendimento inicial	33
Par-Q	33
Exames	34
Atestado de saúde ocupacional	35

ÍNDICE

Esquema representativo das finalidades dos atestados	35
Modelo de atestado de saúde	36
Modelo de atestados para portador de doença	36
A CID nos atestados	37
Alguns equívocos	38
Dilemas éticos	38
Referências bibliográficas	43
■ SIGILO MÉDICO	47
Sigilo e segredo	48
Pilar da medicina	48
Normas éticas e legais	49
Quebra de sigilo	50
Revelação por solicitação de “autoridade”	52
A CID 10 e o sigilo	52
Algumas resoluções	54
Alguns pareceres	55
Formulário de notificação compulsória	57
Alguns equívocos	58
Dilemas éticos	58
Referências bibliográficas	61
■ ATESTADOS VINCULADOS AO TRABALHO	63
Saúde ocupacional	63
Preenchimento do ASO	63
Exames ocupacionais	65
Atestado para o afastamento do trabalho	66
Quem arca?	66
Esquema representativo de atestado para afastamento	67
Quem é o médico do trabalho?	68
Atestado para não se afastar do trabalho	68
Declaração de comparecimento	68
Declaração para acompanhante	69
Atestado médico e perícia	69
Quem é o médico perito?	70
Funções	70
Capacidade X aptidão: conflitos	71
PCMSO	73
Alguns equívocos	75
Dilemas éticos	75
Referências bibliográficas	78

■ ATESTADOS PARA GESTANTES	81
Licença-maternidade	81
Licença para amamentar	82
Viagem aérea	83
Regras de uma grande companhia aérea internacional	83
Regras de uma grande companhia aérea nacional	84
Modelo de atestado para que grávidas possam voar	85
Prática de exercícios	86
Alguns equívocos	87
Dilemas éticos	87
Referências bibliográficas	89
■ ATESTADO DE ÓBITO	91
Pequeno histórico	92
A quem se destina a declaração de óbito?	92
Fundamentos legais e deontológicos	93
Preenchimento	97
Causa da morte	98
Tira-dúvidas sobre o preenchimento	99
Emissão	100
Médico assistente do falecido?	101
Morte violenta	101
Morte sem assistência	102
Localidade onde não há médicos	103
Atendimento por não médico	103
Situações especiais	104
Declaração de nascido vivo	106
Modelo de declaração de óbito	108
Esquema representativo sobre os destinos do cadáver	110
Glossário	111
Alguns equívocos	114
Dilemas éticos	114
Referências bibliográficas	117
■ ATESTADOS ENVOLVENDO O MÉDICO E AS SEGURADORAS	119
Referências bibliográficas	125
■ ANEXOS	127

Autores

Sérgio Gomes de Souza (*in memoriam*)

Ginecologista e obstetra pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); mestre em Obstetrícia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); delegado da Delegacia Metropolitana da Zona Oeste do Cremesp (até maio de 2012).

Airton Gomes

Médico e advogado; doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo; delegado superintendente da Delegacia Regional de Santo André do Cremesp.

E-mail: airtongomes@cremesp.org.br.

Carlos Alberto Pessoa Rosa

Especialista em Cardiologia e Clínica Médica; membro da Câmara Técnica de Cardiologia do Cremesp; delegado da Delegacia Regional de Bragança Paulista do Cremesp.

E-mail: meiotom@uol.com.br.

Enrico Supino

Especialista em Medicina do Trabalho, Medicina Legal e Perícia Médica; vice-presidente da Associação dos Médicos Peritos da Previdência de São Paulo; delegado da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

E-mail: enrico.spn@gmail.com.

Gabriel Oselka

Pediatra; professor associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP; coordenador do Centro de Bioética do Cremesp (de 2002 a 2012).

E-mail: gabriel@cedipi.com.br.

Jarbas Simas

Médico perito e do trabalho; advogado e mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP; delegado superintendente da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

E-mail: simas@uol.com.br.

Lisbeth Afonseca Ferrari Duch

Neurocirurgiã pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; especialista em Bioética pelo Instituto Oscar Freire, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); delegada superintendente da Delegacia Metropolitana da Zona Oeste do Cremesp.

E-mail: lisbethduch@hotmail.com.

Mário Jorge Tsuchiya

Médico Legista; diretor do Núcleo de Antropologia Forense do Instituto Médico Legal de São Paulo; professor colaborador do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Medicina USP; delegado da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

E-mail: mario_mjt@hotmail.com

Mário Mosca Filho

Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas; presidente da Sociedade Paulista de Medicina Legal e Perícias Médicas; membro da Câmara Técnica de Medicina Legal e Perícias Médicas do Conselho Federal de Medicina; delegado da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

E-mail: mosca@uol.com.br.

Marly Aparecida L. A. Mazzucato

Oncologista Clínica; especialista em Medicina do Trabalho, Saúde Pública e Administração Hospitalar; pós-graduada em Gestão Pública e Gestão do SUS; delegada da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

E-mail: marly.alonso@bol.com.br.

Max Grinberg

Diretor da Unidade Clínica de Valvopatia do InCor HC FMUSP; coordenador do Espaço Proética do InCor HC FMUSP; delegado da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

E-mail: grinberg@incor.usp.br.

Nabil Ghorayeb

Especialista em Cardiologia e Medicina do Esporte; doutor em Cardiologia FMUSP, pós-doutorado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia USP; delegado da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

E-mail: nghorayeb@cardioesporte.com.br.

Rosany Pimenta

Urologista pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP; delegada da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

E-mail: pimentarosany@ig.com.br.

Introdução

Quem nunca se deparou (e se constrangeu) com a situação de um parente, amigo ou vizinho pedindo atestado médico para abonar falta ao serviço ou à escola, ou declaração destinada a permitir o sepultamento de conhecido idoso que morrera em casa?

Obviamente, mais do que uma gentileza, o documento corresponderá a uma obrigação profissional, no caso de o favorecido haver passado por exame clínico capaz de justificar a sua emissão. Só que, na prática, não é infrequente os médicos serem abordados para dar atestado sem o exame clínico, como se o mesmo fosse algo banal e livre de implicações éticas, legais e práticas, entre outras.

É fato que, apesar de fazer parte da rotina dos médicos tanto quanto jaleco e estetoscópio, a emissão de atestados continua gerando dúvidas de várias naturezas tanto aos que procuram o atendimento médico como aos próprios colegas. Podemos citar algumas, como a obrigatoriedade (ou não) de se informar o diagnóstico no próprio documento; aquelas vinculadas às finalidades específicas de cada tipo de atestado; ou as questões relacionadas à “revalidação” de atestado emitido por colega.

Aliás, a indignação gerada ao formular parecer referente à revalidação de documento de um par foi o ponto de partida para que nosso colega e amigo Sérgio Gomes de Souza, delegado metropolitano do Cremesp da Zona Oeste, insistisse, junto aos companheiros do Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica (Gacem), para que o grupo considerasse “condição *sine qua non* debruçar-se sobre esse tema complicado”.

Sugestão aceita, o Gacem dedicou os últimos três anos de atividades à elaboração do livro *Atestado Médico – Prática e Ética*, grande desafio, considerando-se a carência de literatura ou de consensos capazes de estruturar atestados ao mesmo tempo completos de informações e embasados em fundamentos éticos.

Na obra, de maneira até tímida e em linguagem simples, o Gacem procurou abarcar os vários tipos de atestados voltados à saúde, tais como os destinados à prática de atividades físicas e laborais; à doença, usados para o afastamento ao trabalho; e obtenção de direitos previdenciários, além do atestado de óbito.

Reforçou, ainda, eventuais diferenças de definição entre atestados, relatórios, declarações, boletins, laudos etc., incluindo também capítulos dos quais não se deve fugir, vinculados ao sigilo e ao segredo médico, e aspectos sobre a emissão de atestados às empresas seguradoras de saúde.

Como o livro é fruto do trabalho do Centro de Bioética, como não poderia deixar de ser, os capítulos são finalizados com particularidades éticas presentes em cada modalidade de documento.

Em meio ao entusiasmo e ao prazer, presentes em todos os membros do grupo, pela finalização de mais uma tarefa, é doloroso, mas necessário, lembrar que – infelizmente – o grande entusiasta da obra nos deixou subitamente em maio de 2012, e não pôde ver (pelo menos presencialmente) a concretização de sua ideia, o que não diminui sua participação fundamental nessa empreitada.

Serginho, esse vai para você, com nosso carinho, respeito e saudades.

Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica – Gacem

O atestado médico

Documento de fé pública, o atestado é parte integrante do atendimento – portanto é *direito* do paciente solicitá-lo – e tem como função básica confirmar a veracidade de um ato médico realizado.

Para Souza Lima (1904)⁽¹⁾, criador do ensino prático da medicina legal, o atestado ou certificado médico “é a afirmação simples, por escrito, de fato médico e suas consequências”. Concordam Croce e Croce Jr. (1995)⁽²⁾: “trata-se de documento indicativo de uma atestação, no qual se afirmam fatos ou situações que têm uma existência, uma obrigação”.

A responsabilidade pela emissão do atestado médico é de profissional ativo devidamente habilitado e inscrito no CRM, que deve confeccioná-lo em receituário próprio e sem rasuras, garantindo sua validade legal, e com letra legível (ou digitado em computador), atendendo aos objetivos ético e prático de ser entendido corretamente pelo paciente, bem como pela pessoa e/ou a instituição a qual o documento se destina.

Vários atestados, várias finalidades

Os atestados médicos são documentos bem definidos, mas podem variar conforme suas finalidades, sendo que é o paciente (ou seu representante legal) quem determina seu uso.

Os tipos mais frequentes são:

■ Atestado de *Portador de Doença* (que pode agregar, entre outros, atestado de comparecimento ou o destinado ao acompanhante, ambos fornecidos de acordo com o livre arbítrio do médico).

- Atestado *de Saúde* ou *de Sanidade*.
- Atestado de Óbito.

Classificação legal específica sobre atestados

Entre outras, vale a pena destacar uma das classificações legais específicas de atestados médicos⁽²⁾. É ela:

Oficiosos (ausência do trabalho e aula): geralmente solicitados pelo paciente a fim de provar a existência de algum problema de saúde que levou à sua ausência em suas obrigações estudantis e/ou laborais.

Administrativos (licença e abono de faltas): interessam ao servidor público para fins de licença, aposentadoria ou justificativa de faltas.

Judiciários: solicitados pelo juiz e interessam à administração da justiça.

Atestado e declaração

Uma das dúvidas comuns refere-se à existência de diferenças entre atestado médico e declaração médica.

De acordo com o dicionário Michaelis, o ato de “declarar” corresponde a “dar a conhecer”, “expor”, “manifestar” e até “confessar”, entre outros significados. Já “atestar” vincula-se a “certificar por escrito”; “testemunhar”; “demonstrar” e “provar”. Pela falta de clareza quanto às diferenças entre os termos há quem considere tratar-se da mesma coisa ou, ao contrário, que atestado médico conta com mais validade ética e legal do que a declaração médica – *ou vice versa*.

Na avaliação do Cremesp⁽³⁾, atestados e declarações médicas *contam com o mesmo peso ético*. Isso significa que inverdades e imprecisões em qualquer um dos dois podem acarretar em infrações à ética.

Essa é apenas uma das – várias – controvérsias envolvendo tal universo. Veja algumas definições nas páginas 21 e 22.

Valorize o atestado!

Tão importante sob os pontos de vista ético, legal e prático, ainda hoje há quem não credite ao atestado seu devido valor. Quem já não ouviu pacientes – e até colegas! – se referirem ao atestado como um

“documentozinho” sem importância? Isso é inadmissível, pois, ao desvalorizá-lo, até de maneira inconsciente, o médico passará a não dedicar a devida atenção ao preenchê-lo, possibilitando uso questionável e conteúdo inverídico.

Saliente-se: se os próprios médicos agem assim, como poderão exigir que pacientes, atendidos, familiares e seus advogados, entre outros, confiem no documento?

Motivos para a devolução

Durante levantamento realizado em uma cidade do Interior de São Paulo sobre os principais motivos de recusa e devolução de atestados, foram identificados problemas básicos na confecção do documento, como:

- Falta de assinatura do médico.
- Falta do nome e do CRM do profissional.
- Ausência da especificação sobre dias de afastamento.
- Estar ilegível.

A ausência da Classificação Internacional de Doenças (CID) motivou algumas devoluções de atestados. Porém, como observado nas páginas 37 e 52, a atitude não é justificada: longe de ser exigência, a revelação do diagnóstico sem a autorização do paciente é quebra de sigilo.

O carimbo não é obrigatório

O hábito entre os profissionais de bater seus carimbos em receituários e atestados surgiu para que fossem evitadas determinadas confusões: em passado recente, a “letra de médico” era vista pelos leigos como “hieróglifo” (sinal de escrita de civilizações antigas). O hábito foi estimulado ainda pela questão histórica cartorial no Brasil. Parte da cultura de exigir-se o carimbo surgiu ainda da tradição burocrática vigente entre os brasileiros, segundo a revista da Associação Médica Brasileira⁽⁴⁾.

Instrumento de uso pessoal, o carimbo tem a finalidade de simplificar o trabalho do médico em sua identificação obrigatória, por conter nome e número de CRM. Apesar da praticidade, seu uso não é obrigatório, desde que haja, no documento expedido pelo médico, a possibilida-

de de identificá-lo como emissor. Assim, é perfeitamente substituível por simples assinatura e grafia do número de CRM, conforme esclarece resolução do CFM⁽⁵⁾.

Parecer do Cremesp⁽⁶⁾ lembra o quanto é descabida a obrigatoriedade – até porque qualquer pessoa pode mandar fazer um carimbo de médico com CRM falso. Portanto, o carimbo não dá ao documento nenhuma prova de autenticidade. “O que se exige é que os documentos médicos tenham a assinatura do médico, seu nome e número de CRM legíveis, podendo isso ser feito de próprio punho ou através de carimbo”, especifica o parecerista.

Da mesma forma, em notificação de receitas correspondentes ao “receituário azul” (usado na prescrição de psicotrópicos, anorexígenos e ansiolíticos, entre outros), não é necessário constar o carimbo: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) exige apenas a identificação do profissional médico emissor, no campo “emitente”, com o endereço de seu consultório.

Nesse caso, o uso do carimbo para a identificação de assinatura, contendo o número do registro profissional, acontece caso tal número não esteja devidamente impresso no campo “emitente”.

Algumas definições sobre documentos médicos

São documentos emitidos por profissional habilitado, que contam com fé pública e, por isso, precisam representar a expressão da verdade sobre ato realizado.

Correspondem basicamente ao/à:

▲ **Atestado médico:** resume-se na declaração pura e simples, por escrito, de um fato médico e suas consequências. (...) “A utilidade e a segurança do atestado estão intrinsecamente vinculadas à certeza de sua veracidade”⁽²⁾.

Outra visão sobre atestados dá conta tratar-se de relato escrito e singelo de uma dedução médica e seus complementos, cuja finalidade é “sintetizar, de forma objetiva e singela, o que resultou do exame feito em um paciente, sugerindo um estado de sanidade ou um estado mórbido, anterior ou atual, para fins de licença, dispensa ou justificativa de faltas ao serviço, entre outros”⁽²⁾.

▲ **Declaração de Óbito (DO):** documento que confirma o óbito, fornecido pelo médico a paciente ao qual vinha prestando assistência (exceto em situações específicas). Possui a finalidade de definir uma *causa mortis* e responder aos interesses de ordem legal, ética e médico-sanitária, sendo considerado como o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS)⁽⁷⁾.

As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico. Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando à sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade.

▲ **Certidão de Óbito:** também conhecida como Certificado de Óbito é o documento emitido pelos cartórios, utilizando os dados constantes na Declaração de Óbito.



▲ **Laudo médico:** termo comumente utilizado para a interpretação de exame complementar, ou resultado de perícia médica, elaborado por médico. O laudo médico, *a priori*, não é instrumento, isoladamente, para definir “gozo de licença para tratamento de saúde”.

▲ **Relatório médico:** descrição escrita, minuciosa e circunstanciada de fatos clínicos ocorridos e decorrentes de um ato ou atendimento médico.

▲ **Boletim médico:** documento escrito com uma breve notícia, podendo ser diária, que expõe ao público a condição e a evolução clínica e terapêutica de um paciente geralmente internado.

Atestado para portador de doença

Documento fornecido a partir de pedido do paciente ou seu representante legal, tem a função de sintetizar, de forma direta e clara e para fins objetivos, a conclusão do atendimento médico, expressando a existência de um estado mórbido anterior ou atual.

A finalidade do atestado médico para portador de doença é específica, ou seja, não cabe a utilização da expressão “*atesto para os devidos fins*”. Pode ser usado para fins como:

- Falta ao trabalho.
- Falta à escola.
- Comprovar deficiência física em admissão de emprego.
- Viagem aérea, a pacientes especiais.
- Declarar a incapacidade de familiar, entre outros.

Justificar falta ao trabalho

Trata-se de documento fornecido por médico (ou por odontólogo), depois de exame clínico (e, se necessário, realização de exames laboratoriais ou de imagem), afirmando que o trabalhador está acometido por doença que o impede de comparecer ao trabalho por tempo determinado.

O diagnóstico, por meio de CID (Classificação Internacional de Doenças), por tratar-se de sigilo médico, só será colocado no atestado se o paciente, devidamente esclarecido sobre as implicações, autorizar. A autorização do paciente é necessária inclusive se a revelação da CID for solicitada pelo médico do trabalho.

O atestado para afastamento do trabalho será abordado, em profundidade, no capítulo Atestado para fins trabalhistas, pág. 63.

Justificar falta à escola

Quando o aluno precisar ser afastado da escola para um tratamento de saúde, o médico será o responsável por fornecer um atestado ou declaração constatando tal necessidade. O documento só poderá ser emitido depois de um exame físico, e, dependendo da situação, por exames complementares.

Conterá apenas a quantidade de dias que o aluno precisa para se restabelecer e, se solicitado pelo paciente e/ou responsáveis, o diagnóstico, sempre orientando o interessado das implicações quanto a quebra do sigilo médico.

Em situações muito particulares, em que a revelação do diagnóstico é importante por colocar em risco a comunidade, cabe ao médico esclarecer os pais, comunicar a Vigilância Sanitária em caso de doenças de comunicação obrigatória e buscar uma “ponte” com o serviço médico da escola (se houver), para que se tomem as providências necessárias.

Por que os atestados para dispensa das atividades escolares são solicitados com frequência aos médicos? Estudos indicam que crianças e adolescentes que frequentam escolas apresentam mais chances de contrair doenças como infecções respiratórias das vias aéreas superiores (resfriados, faringites e sinusites) e inferiores (bronquites, bronquiolites e pneumonias), otite média e doenças diarreicas transmitidas por contato direto ou indireto, por ingestão de água ou alimento contaminado, entre outras.

Comprovar deficiência física em admissão em emprego

Lei Federal⁽⁸⁾ estabelece cotas de 2% a 5% de cargos a trabalhadores reabilitados, ou com algum tipo de deficiência física, para o desempenho de funções compatíveis.

Nesse caso, depois de exame clínico, cabe ao médico assistente elaborar documento confirmando o diagnóstico e suas implicações, que subsidiará a conduta do médico do trabalho da empresa e/ou da instituição, no sentido de comprovar a deficiência física.

Isso significa que, apesar de o médico assistente desempenhar um papel importante de apoio ao médico do trabalho, é o atestado fornecido pelo segundo que terá legitimidade para fins trabalhistas.

Veja capítulo específico sobre Atestados para fins trabalhistas, pág. 63.

Avalizar viagem aérea de passageiros especiais

Passageiros considerados “especiais” – ou aqueles que necessitem de cuidados médicos específicos durante as viagens – poderão ser solicitados a providenciar documentos médicos que deixem claro à empresa aérea o grau da deficiência, e, eventualmente, o tipo de assistência a ser dispensada antes, durante ou imediatamente após o voo.

Conforme o manual “Guia Anac 2009”⁽⁹⁾, da Agência Nacional de Aviação Civil (Anac), são considerados passageiros com necessidades de assistência especial portadores de deficiência e pessoas com mobilidade reduzida, entre outros. Idosos a partir de 60 anos; pessoas com crianças de colo; e crianças desacompanhadas também são consideradas “especiais”, mas quando saudáveis, não necessitarão de documento médico para viajar.

Outro grupo considerado “especial” é o das mulheres em fim de gestação, condição sobre a qual não há consenso entre as companhias, e que será melhor abordada em capítulo específico. Apenas a título de exemplo, pode-se citar como atua uma grande companhia aérea internacional, e uma nacional, no transporte de gestantes em final de gravidez. Veja boxes nas págs. 83 e 84.

A avaliação sobre o estado físico do paciente e, em consequência, a emissão do atestado devem ser motivadas a pedido do solicitante em um período de quatro a seis semanas antes da viagem.

Para evitar problemas na hora do embarque, a Anac recomenda que, no ato da reserva (ou, pelo menos, 48 horas antes da viagem), o passageiro notifique a deficiência (ou outras condições especiais) à empresa escolhida, possibilitando que sejam adotadas providências, como designar funcionários habilitados para auxiliar; liberar lugares extras; e disponibilizar materiais necessários – incluindo o transporte até a aeronave, se for o caso.

Vale lembrar que, quando a dependência for muito elevada (e se o paciente realmente precisa ou quer viajar), talvez seja necessário o acompanhamento de um médico e/ou um enfermeiro.

Atender à exigência de rede pública

Há pacientes que, por motivo de doença, deficiência ou condição especial, solicitam aos seus médicos atestados destinados à isenção de Imposto de Renda, à obtenção de passe livre da SPTrans e à liberação do IPI para compra de veículos, entre outras demandas. Nada impede o fornecimento de tal documento.

Porém, é possível que seja necessária avaliação física por médico do serviço público, que atuará como “perito médico” daquele paciente, cabendo a ele o fornecimento de um laudo pericial, se comprovada a condição capaz de levar à isenção. Em boa parte dos casos, além do atestado do colega, o perito aceitará relatório detalhado, no qual serão indicados o diagnóstico e os detalhes do tratamento, úteis para subsidiar sua decisão.

Por princípio legal (e não ético), tal “validação” de opinião e de documento – ou reavaliação – objetiva garantir que os dados mencionados anteriormente pelo médico assistente são verdadeiros.

Ainda que esteja com o relatório em mãos, o perito pode solicitar outros documentos e exames, que comprovem o diagnóstico e a terapêutica, realizados até aquele momento.

Isenção do imposto de renda

Portadores de doenças graves, bem como os vitimados por acidente em serviço e portadores de moléstia profissional, ficarão isentos de pagar Imposto de Renda sobre rendimentos relativos à aposentadoria, à pensão ou à reforma, de acordo com a Lei^(11, 12).

As doenças que permitem essa modalidade de isenção são:

- AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida);
- alienação mental;
- cardiopatia grave;
- cegueira;

- contaminação por radiação;
- doença de Paget em estados avançados (osteíte deformante);
- doença de Parkinson;
- esclerose múltipla;
- espondiloartrose anquilosante;
- fibrose cística (mucoviscidose);
- hanseníase;
- nefropatia grave;
- hepatopatia grave;
- neoplasia maligna;
- paralisia irreversível e incapacitante;
- tuberculose ativa.

Para ter direito ao benefício, o contribuinte precisará apresentar à fonte pagadora (Instituto Nacional do Seguro Social/INSS; Instituto de Pagamentos Especiais de São Paulo/Ipesp; e Instituto de Previdência Municipal de São Paulo/Iprem) laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, Estados, ou municípios.

Vale lembrar que, se a doença puder ser controlada, o laudo deverá mencionar o tempo de tratamento, pois a isenção só será válida durante esse período.

Nesses casos, a pedido do paciente, o médico assistente poderá emitir atestado ou relatório capaz de fundamentar a isenção – ou seja, explicando a situação clínica do atendido –, que será analisado pelo órgão mantenedor do benefício.

Transporte gratuito (passe livre)

A SPTrans emite o Bilhete Único Especial, válido por 2 anos, que garante o transporte gratuito, nos veículos públicos municipais (ônibus e micro-ônibus) e metropolitanos (Metrô e CPTM), às pessoas com deficiência física, visual, auditiva, mental e/ou intelectual, temporária ou permanente, residentes na cidade ou na Região Metropolitana de São Paulo.

Entre os documentos necessários para a obtenção de tal benefício, está o Relatório Médico, válido por 60 (sessenta) dias a partir da data de emissão,

especificando a patologia e os comprometimentos que caracterizam a existência de deficiência, conforme previsto nas Normas Reguladoras.

Liberação do IPI, IOF e outros impostos

Condutores com deficiência física completa ou parcial têm direito à isenção de IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados); IOF (Imposto sobre Operações Financeiras); ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços); e IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores). Para deficientes não condutores, a isenção refere-se ao IPI e ao IOF.

O que interessa aos médicos: todos esses benefícios dependem de Laudo de Avaliação (laudo pericial) emitido por prestador de serviço público de saúde ou de serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde (SUS).

A isenção do IPI de automóvel de passageiros, ou veículo de uso misto de fabricação nacional⁽¹³⁾, é um benefício direcionado aos portadores de deficiência física, visual ou mental (severa ou profunda) e aos autistas, ainda que menores de 18 (dezoito) anos. Poderá ser solicitado pessoalmente ou por meio de representante legal. Tal direito poderá ser exercido apenas uma vez a cada dois anos, sem limite do número de aquisições, observada a vigência da Lei nº 8.989, de 1995, atualmente prorrogada pela Lei nº 11.941/2009, Art. 77, até 31.12.2014⁽¹⁴⁾.

Já a isenção do IOF poderá ser utilizada uma única vez, para aquisição de automóveis de passageiros de fabricação nacional, por pessoas portadoras de deficiência física, atestada pelo médico perito e confirmada pelo Departamento de Trânsito do Estado onde residirem em caráter permanente. O laudo de perícia médica deve especificar o tipo de deficiência física e a total incapacidade do requerente para dirigir automóveis convencionais; além da habilitação do requerente para dirigir veículos com adaptações especiais, descritas no referido laudo.

**Atestado pode ser emitido para
o não uso do cinto de segurança?**

Desde o início da obrigatoriedade do uso de cinto de segurança em território nacional, em 1997, alguns médicos têm sido procurados por pacientes “especiais”, como mulheres em fim de gravidez e obesos, questionando se sua condição é argumento suficiente para serem dispensados da norma, alegando “desconforto”, causado pelo equipamento, ao dirigir. Enfim, querem atestado para comprovar o impedimento. Deve ser fornecido?

Conforme esclarece o Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), por meio de sua assessoria de imprensa, não existem exceções. Ou seja, o uso do cinto é “obrigatório ao condutor e aos passageiros em todas as vias do território nacional”, conforme o Código de Trânsito Brasileiro⁽¹⁵⁾, sendo que crianças de menos de sete anos e meio precisam ser acomodadas em cadeirinhas e assentos de elevação, com a mesma função. O não uso constitui-se em infração grave, passível de multa e até de retenção do veículo.

Como medida de saúde pública, vale explicar ao paciente que, assim como o capacete é destinado à segurança do pedreiro, os óculos ao soldador e a luva ao médico, entre outros profissionais, o cinto é equipamento essencial para todos os ocupantes de um veículo, inclusive aqueles acomodados no banco de trás. Tem como função evitar que a pessoa seja projetada contra as partes fixas do automóvel ou mesmo para fora do veículo.

Atestado de saúde

Um atestado médico de saúde presta-se a várias finalidades, como especificar qual é o tipo de atividade física ou esportiva adequada a um paciente; facilitar a viagem de avião de pessoas com condições especiais (assunto abordado nos capítulos sobre Atestado médico para portador de doença, pág. 23 e Atestado para gestantes, pág. 81; e indicar a saúde ocupacional de candidatos a emprego, entre outras.

Fornecido apenas após minucioso exame físico (e, se necessário, realização de exames complementares), o documento servirá para confirmar que o paciente, no momento do atendimento, goza de plena saúde física e mental para realizar a atividade física ou esportiva escolhida; viajar; ou para exercer certa função profissional.

Prática de atividade física ou esportiva

Hoje em dia, é cada vez mais frequente o médico receber pedidos para fornecer atestados destinados à prática de atividades físicas (quaisquer movimentos do corpo que resultam em aumento do gasto energético, como, por exemplo, simples corridas leves e até as caminhadas); esportivas (que envolvem alta intensidade, competição e adversários); e mesmo certas modalidades de exercícios intensos em academias (como lutas, *spinning* e outras novidades, sempre de intensidade crescente).

Vale lembrar que o fornecimento do atestado para tais práticas – inclusive aquelas consideradas “leves” e que acarretam menos risco de mal súbito e de danos cardíacos – depende de avaliação médica. Somente

após exame clínico (e, por vezes, de exames complementares) será possível elaborar o documento. Obviamente, a conduta torna-se imprescindível em relação aos pacientes que pretendem realizar atividades esportivas e exercícios intensos.

Quando procurado para atestar condição de saúde para atividade física de lazer ou para o esporte, o ideal é que o médico reflita sobre o seu *real* conhecimento sobre os mesmos e, principalmente, a respeito dos eventuais riscos presentes nessas práticas. Na dúvida, para evitar ações imperitas, a atitude ética é não fornecer o documento, orientando o paciente a procurar um colega em condições de fazê-lo.

Observe que o Código de Ética Médica *não impede* que médicos realizem atendimentos para os quais se sintam capacitados. Isso significa que tal avaliação *não é* restrita aos médicos do esporte ou cardiologistas, mas sim vinculada ao nível de informações e conhecimentos do profissional referente às práticas escolhidas.

As academias e os atestados

A exigência dos atestados em academias paulistas ganhou vulto a partir da Lei Estadual⁽¹⁸⁾, que, dentre outros pontos, obriga seus clientes a apresentar atestados médicos recentes e específicos para a prática esportiva para a qual desejam se inscrever: um paciente considerado apto para praticar caminhada em esteira, por exemplo, pode não o ser para fazer *spinning* ou levantamento de peso.

A lei determina também que todas as academias deverão manter cadastro atualizado com as informações médicas dos alunos.

Pelo Código de Defesa do Consumidor⁽¹⁹⁾ (e dependendo da interpretação jurídica), parte da responsabilidade por uma morte em academia ou durante exercícios sob orientação de, por exemplo, um *personal trainer*, recairá sobre o proprietário da academia; quem orienta os exercícios; e o médico que atestou a sanidade.

Atendimento inicial

Entre outros pontos, um médico que se propõe a fornecer atestado para atividades e/ou práticas esportivas federadas precisa conhecer o esporte a ser realizado e certificar-se de que a pessoa não é portadora de doenças capazes de inviabilizar eventual esforço extra.

Regra geral: logo no atendimento inicial, o médico deve questionar os objetivos do paciente, se ele quer praticar atividades físicas leves, moderadas ou intensas e se a intenção é lazer ou competições.

Ao examiná-lo, recomenda-se que considere a possibilidade de doença capaz de representar riscos. No atestado, devem constar as seguintes informações: *se existem* e *quais são* as limitações clínicas identificadas (por exemplo, “não deve praticar levantamento de peso”); qual é o tipo de exercício adequado; se a atividade só é permitida sob prescrição ou acompanhamento médico; e se o paciente está proibido de praticar exercícios.

Par-Q

Para avaliar condições físicas de futuros esportistas, outros instrumentos úteis incluem alguns questionários. O mais popular, o canadense Par-Q, tem o grave defeito de ser antiquado e insuficiente para esportes e academias. No entanto, já foi útil aos inscritos das populares corridas de rua, pois, quando respondido de maneira sincera, evitou a ocorrência de problemas e serviu como alerta para os participantes procurarem um médico, antes de correr.

A *American Heart Association*, recentemente, decidiu utilizar um questionário bem mais longo, mas que não exclui o exame físico pelo médico (veja em Anexos, na pág. 147).

Na verdade, o questionário funciona como um “pré-teste”, antes da consulta médica, na admissão dos alunos em academias.

Caso não encontre nenhum problema, é obrigatório informar ao paciente que os atestados apontam *probabilidades, não certezas*. Isso é confirmado no corpo do documento, que deve evidenciar que “até aquele momento” a pessoa não apresenta contraindicações para a prática da atividade física almejada.

Exames

De acordo com a diretriz de 2013 de Cardiologia do Esporte e do Exercício⁽¹⁶⁾, editada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e do Exercício – SBME (confira na pág. 143), a avaliação para o esporte e atividades físicas deve conter anamnese precisa, após exame físico minucioso, com ênfase para o aparelho cardiovascular e, ainda, agregar ao menos o eletrocardiograma. O teste ergométrico poderá ser solicitado também, dependendo das atividades a realizar, da faixa etária e da constatação de pelo menos dois fatores de risco não controlados para aterosclerose coronariana.

Ainda que seja visto como básico, o teste é eficaz para detectar boa parte dos riscos cardíacos dos candidatos para práticas esportivas em mais de 75% dos casos. Esse percentual de sensibilidade vai aumentando nos grupos com idades acima de 50 anos, com fatores de risco para doença aterosclerótica.

Infelizmente, com tantas implicações presentes no fornecimento de atestados sem o devido exame clínico do paciente, há profissionais que continuam desatentos às evidências: um estudo, que analisou atestados apresentados no ato da matrícula pelos usuários das modalidades esportivas oferecidas pelo Ginásio do Ibirapuera, em São Paulo, concluiu que aproximadamente 60% dos documentos eram irregulares.

Irregulares porque traziam informações incompletas e inconclusivas – como, por exemplo, liberando o paciente “para atividades físicas, sem esforço físico” –, sugerindo que o preenchimento do documento foi feito por mera “camaradagem” e em condições inadequadas, como na casa do médico, na rua e, até, dentro de elevadores.

Atenção: o Código de Ética Médica⁽¹⁷⁾, em seu Art. 80, proíbe o médico

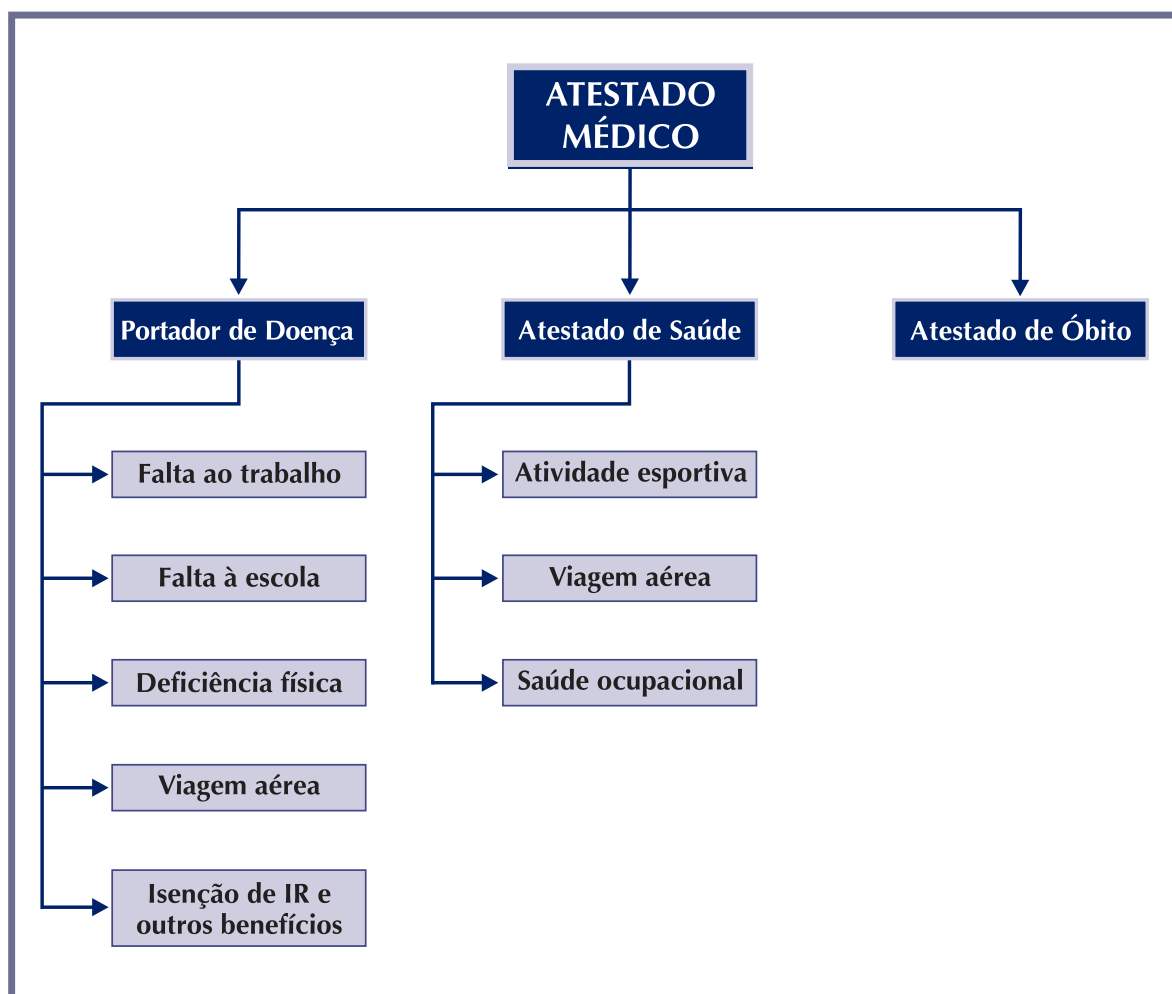
de “expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade”. Já o Art. 302 do Código Penal Brasileiro prevê pena de detenção de um mês a um ano ao médico que emitir atestado médico falso.

Atestado de saúde ocupacional (ASO)

Trata-se de um documento usado como referência de processos médicos de trabalhadores, pois auxilia na decisão quanto ao seu destino profissional.

Definição e detalhes serão abordados no capítulo específico sobre Atestados para o Trabalho, na pág. 63.

Esquema representativo das finalidades dos atestados



Atestado de saúde

	ATESTADO DE SAÚDE	
Atesto que a avaliação médica de ,RG 88.888.888-8, não identificou doença ativa, não havendo, portanto, no momento, restrição para atividade específica:		
Ex: - Frequentar a escola - Frequentar a creche - Frequentar as aulas de natação - Realizar atividades físicas - Realizar atividades esportivas - Comparecer ao trabalho		
Dr. _____ CRM 00.000		(assinatura)
Fonte: GACEM		 CREMESP

Atestado de portador de doença (1)

	ATESTADO DE PORTADOR DE DOENÇA	
Atesto que a avaliação médica de , RG 88.888.888-8, identificou problema de saúde que justifica o afastamento de suas atividades (do trabalho, da escola etc) por xx dias.		
Dr. _____ CRM 00.000		(assinatura)
Fonte: GACEM		 CREMESP

Atestado de portador de doença (2)

	ATESTADO DE PORTADOR DE DOENÇA
Atesto que a avaliação médica de , RG 88.888.888-8, identificou problema de saúde que justifica seu afastamento de suas atividades (do trabalho, da escola etc) por xx dias. Conforme solicitação expressa do paciente, informo que a Classificação Internacional de Doenças (CID) referente ao seu caso é a xx.	
Dr. CRM 00.000	(assinatura)
Fonte: GACEM	 CREMESP

A CID nos atestados

Em várias ocasiões, nesta obra, destacou-se que a colocação da Classificação Internacional de Doenças (CID) é inoportuna, quando não corresponder ao desejo expresso do paciente.

Por outro lado, há casos em que o próprio atendido solicita que a CID seja aposta ao atestado, sob o risco de o documento não ser aceito por quem de direito.

Incluir o diagnóstico no atestado médico a pedido de um paciente devidamente esclarecido sobre as consequências desta revelação não contraria os postulados éticos sendo que a atitude está contemplada no Código de Ética Médica, em seu Art. 73.

Alguns equívocos

- Emitir atestado sem a realização de consulta.
- Cobrar por atestado, quando não houve atendimento que o justificasse.
- Atestar saúde ou doença em período anterior ao atendimento (salvo situações excepcionais, que devem ser explicitadas no atestado).
- Revalidar atestado de outro médico.
- Rasurar atestado.
- Emprestar formulário pessoal de atestado a outro médico.
- Deixar assinados atestados em branco.
- Abandonar carimbos e formulários, que possam identificá-lo, em locais que possibilitem o uso sem a sua autorização.

Dilemas éticos

Posso pedir a minha secretária que elabore os atestados enquanto eu faço as consultas?

O atestado médico é consequência de um atendimento médico. Sendo assim, da mesma maneira que os pacientes esperam que o profissional procurado tenha preparo técnico e formação adequada para examinar, diagnosticar e tratar, é lícito que queiram que o médico se responsabilize pela elaboração do atestado. Não é ético, enfim, repassar a própria obrigação a alguém não habilitado.

Sendo assim, a tarefa de preencher um atestado médico pertence aos médicos, ainda que seja em documento padrão com lacunas completadas caso a caso. Além do médico, o único profissional que pode fornecer atestado, por exemplo, para afastamento do trabalho, é o dentista, conforme Resolução do CFM⁽²⁰⁾ – observando-se que, quando fornecido pelo dentista, se trata de um “atestado odontológico” e não de um “atestado médico”.

Por outro lado, um simples “comprovante de comparecimento” – fornecido, de maneira não obrigatória, aos pacientes e acompanhantes – não deve ser equiparado ao atestado médico, nem substituí-lo. Portanto, não

há inconvenientes em ser preenchido pela secretária do serviço médico ou do consultório.

É sempre útil destacar funcionários que têm acesso aos documentos sigilosos – o que não é o caso de um comprovante de comparecimento – devem ser orientados sobre a própria obrigação de guardar segredo sobre as informações obtidas no desempenho profissional, salvaguardada pelos âmbitos ético, civil e penal.

Para ganhar tempo, pretendo usar, em meu consultório, um modelo de atestado que sirva para todas as situações. Cometo algum erro ético?

Pela complexidade das possíveis circunstâncias apresentadas e dos diferentes objetivos a serem alcançados em atendimentos diversos, rejeite o impulso de implantar um modelo único de atestado para todos os casos.

Ainda que utilizar um formulário-padrão para facilitar o atendimento na respectiva especialidade, algo que não fere a ética, os campos a serem preenchidos pelo médico devem variar segundo o que é observado nas práticas clínicas e cirúrgicas.

Lembre-se: de acordo com Aristóteles, os princípios gerais de ética a serem usados em casos específicos dependem da situação clínica concreta. Isso significa que cada paciente deve ser considerado o ser único que é e, por isso, com seus próprios anseios e especificidades.

Meu amigo de longa data pede atestado para a prática de exercícios. Como negar?

A saúde de seu amigo pode sofrer danos inesperados se não houver exame clínico cuidadoso (por vezes, complementado por exames radiológicos e laboratoriais) antes da prática esportiva.

Ou seja, ao fornecer atestado sem examiná-lo, você não o estará ajudando. Muito pelo contrário, estará agindo de forma absolutamente imprudente. “Devemos ser prudentes, chegarmos a decisões maduras, pois nem sempre conhecemos o que é o certo”, ensina Diego Gracia⁽²¹⁾, com base no princípio aristotélico da Prudência.

Segundo ele, não apenas os atos morais como também os clínicos demandam de decisões prudentes. “Ninguém pode exigir do médico ou obrigá-lo a não se equivocar, mas o próprio direito penal e todos os códigos de conduta exigem que seja prudente. De qualquer maneira, sua obrigação ética e moral é ser prudente, para diminuir o risco.”

A lógica de Gracia concorda com o próprio juramento de Hipócrates: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”.

Firo a ética se fornecer atestado a sobrinho que chegou atrasado à prova?

Você faria um prontuário com informações “adaptadas”, de forma a contentar seu paciente ou apenas atender à solicitação de um plano de saúde? Preencheria uma ficha médica onde constem doenças que o atendido não tem, ou drogas que não prescreveu?

O raciocínio em relação a essa questão é o mesmo. Se o paciente não passa por doença alguma – pior, se não foi submetido à consulta! – não se pode “inventar” algum problema.

Há vários artigos do Código de Ética Médica que podem ser usados contra inverdades como a mencionada acima. Talvez, os mais adequados sejam os que vedam ao médico “expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou não corresponda à verdade”; “assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou não participou”; e “causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”.

Sei que rasurar o atestado é incorreto. Mas e se for uma pequena correção, por exemplo, em relação à data?

Para dizer o mínimo, quando rasurado, o documento perde totalmente o seu valor. Caso aconteça algum erro durante a elaboração do atestado, ou outros documentos médicos, o médico deve elaborar outro, sem emendas ou rasuras.

Refleta sobre a seguinte situação baseada em fatos reais:

Por conta de “pequena correção” do médico em atestado, o departamento de Pessoal da empresa “x” entendeu que um funcionário que gozou de licença médica tentou fraudar a data do retorno ao trabalho, demitindo-o por justa causa.

Inconformado, ele procurou o médico, para que assumisse, em declaração por escrito, que rasurara a data no atestado, não por má fé, e sim por equívoco. Posteriormente, tal documento foi usado: 1) em processo do paciente contra a empresa para reintegração e indenização; e 2) em processo da empresa contra o próprio médico, para transferir-lhe os gastos com demissão, processo jurídico, indenização e reintegração do funcionário.

Um “pequeno deslize” – rasurar um atestado – resultou ao profissional em enorme prejuízo financeiro e dispêndio de tempo. A pressa foi inimiga da perfeição.

Indo mais longe: sendo um documento público, um atestado *não pode* ser alterado, por ser crime previsto no Código Penal⁽²²⁾, que proíbe “falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro”.

O paciente que recebeu um atestado errado também não pode tentar consertá-lo, pois qualquer rasura inutiliza o documento. Deve solicitar ao profissional a emissão de outro, correto.

No âmbito deontológico, pode-se fazer uma analogia com o artigo do Código de Ética Médica, que proíbe “receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível”.

Por fim, vale destacar que fornecer um documento rasurado pode prejudicar o paciente, em vez de beneficiá-lo, como seria a intenção inicial. Conforme explica o professor Edmund Pellegrino⁽²³⁾, do *Kennedy Institute of Ethics*, a virtude da Benevolência (*desejar o bem*) implica a proteção do paciente na medida do possível, a partir da observação da vulnerabilidade trazida pela doença, da desigualdade da dependência e da assimetria de poder. “Ele deve confiar que o médico use seus conhecimentos de forma sensata e voltada para o bem, pois é isso que ele promete ao oferecer seus préstimos. Se agir com benevolência, automaticamente será evitado o dano”.

As filhas do meu paciente solicitaram um atestado transferindo a elas o direito de receber os proventos do INSS pelo pai, visto que ele é idoso e se encontra acamado. Devo conceder?

Não cabe ao médico estabelecer no documento qual será seu uso – ou seja, a “transferência de benefício” a alguém. Deve limitar-se a atestar a condição de saúde do paciente, para que este (ou seu representante legal) constitua legalmente um procurador para aquela finalidade.

Não há questionamento ético, então, se for solicitado pelo responsável legal atestado que comprove a condição médica do paciente, verificada em consulta – por exemplo, que seu quadro atual o impede de deambular –, e tais informações solicitadas sirvam para beneficiá-lo.

Referências bibliográficas

1. Louzã JR. Documentos medicos: aspectos éticos e legais. In: Cohen C, Segre M (org). Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2002. p. 208.
2. Franca GV. Atestado médico: conceito, finalidade e seus limites. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.derechoycambiosocial.com/revista002/atestado.htm>
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 51.739/01. Entendimento do CREMESP sobre o que são Atestados Médicos e Declarações Médicas. Homologado na 2.698ª reunião plenária, realizada em 27.11.2001. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=5215&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%EAo%20Paulo&numero=51739&situacao=&data=00-00-2001>
4. Fontana-Rosa JC et al . Carimbo médico: uma necessidade legal ou uma imposição informal?. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo 2011;57(1):16-9. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000100009
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.851/2008. Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7894&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1851&situacao=VIGENTE&data=14-08-2008>
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 23.875/00. Sobre convênios não aceitarem pedidos de exames em papel timbrado ou emitida por computador, onde constam todos os dados: nome, CRM, especialidade, etc. Homologado na 2.501ª reunião plenária, realizada em 19.09.2000. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=4936&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%EAo%20Paulo&numero=23875&situacao=&data=00-00-2000>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A Declaração de Óbito Documento necessário e importante. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obitooo.pdf
8. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm
9. Agência Nacional da Aviação Civil. Guia ANAC 2009: Informações ao Passageiro do Transporte Aéreo. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www2.anac.gov.br/arquivos/pdf/guiaanac2009.pdf>

10. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm
11. Brasil. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7713.htm.
12. Brasil. Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004. Altera o inciso XIV da Lei no 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei no 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/lei/L11052.htm
13. Brasil. Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre a Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8989.htm
14. Brasil. Lei Federal nº 11.941, de 27 de maio de 2009. Altera a legislação tributária federal relativa ao parcelamento ordinário de débitos tributários; concede remissão nos casos em que especifica; institui regime tributário de transição [...]. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11941.htm
15. Brasil. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503.htm
16. Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Rev. Arq. Bras. Cardiol. Sociedade Brasileira de Cardiologia 2013;100(1 Supl.2). [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.arquivosonline.com.br/2013/10001/pdf/Cardiologia_no_Esporte.pdf
17. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=8822&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1931&situacao=VIGENTE&data=17-09-2009>
18. São Paulo. Lei nº 10.848, de 6 de julho de 2001. Dispõe sobre o registro e funcionamento de estabelecimentos de ensino e prática de modalidades esportivas. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6670
19. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm

20. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.658/02. 13 de dezembro de 2002. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3117&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1658&situacao=VIGENTE&data=13-12-2002>
21. Gracia D. Deveremos tomar cuidado para não cairmos no fundamentalismo bioético. Centro de Bioética do Cremesp. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=40>
22. Brasil. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
23. Pellegrino E. *O bem-estar do paciente deve suplantar os interesses do médico*. *Rev Ser Médico. Conselho Regional de Medicina de São Paulo*. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=550>

Sigilo médico

Ao contrário do que muitos acreditam, segredo médico não é sinônimo de sigilo médico: o primeiro termo corresponde ao *fato* que se pretende desconhecido e o segundo *ao meio, ao instrumento* usado para manter secreto tal fato.

Assim, quando o paciente pede ao médico que não revele detalhes sobre sua saúde e vida privada, depreendidos durante consulta ou no decorrer do tratamento, está solicitando que guarde o seu *segredo*. Por sua vez, a atitude do médico em não revelar vincula-se à esfera do sigilo profissional.

De qualquer maneira, as confidências protegidas pelo sigilo não se restringem necessariamente ao diagnóstico da moléstia ou da lesão física: em alguns casos, o segredo relaciona-se às *circunstâncias* que essas surgiram.

Apesar de ser associado com frequência ao médico, ele não é o único profissional preso ao sigilo: a obrigação é extensiva a todos os que atuarem junto ao paciente, como psicólogo, psicanalista, dentista, enfermeiro, parteira, funcionário de hospital, com acesso aos dados sigilosos, além do diretor da instituição, entre outros.

Entretanto, pode-se dizer que a maior responsabilidade ética por documentos que contenham detalhes sobre o atendimento é do médico: o próprio Código de Ética Médica, em seu Art. 85⁽¹⁾, determina que ele não pode permitir “o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade”.

Já o Art. 89⁽¹⁾ proíbe que libere “cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa”, estabelecendo ainda: “quando o prontuário for requisitado judicialmente será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz”; “quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional”.

Sigilo e segredo

Sigilo vem do latim *sigillum*, significando marca pequena, sinalzinho, selo. Então, imperando a ideia de algo que está sob selo, o sigilo traduz, com maior rigor, o segredo que não pode, nem deve, ser violado.

Já segredo, *que* vem do latim *secretu*, quer dizer separado, afastado. É o informe que, sendo do conhecimento apenas do seu titular ou de determinado número de pessoas, não deve, por disposição de lei ou por vontade juridicamente relevante do interessado, ser transmitido a outrem.

Na prática, segredo é o fato que se pretende desconhecido em nome da ordem pública, enquanto sigilo é o meio, o instrumento de que se servem os interessados para manter íntegro o desconhecimento de tal fato. Com o rompimento do sigilo opera-se a revelação do segredo.

Em resumo:

- Segredo: ocultar alguma coisa, é aquilo que não pode ser revelado.
- Sigilo: a guarda deste fato, é a guarda do segredo.

Pilar da medicina

O sigilo médico encontra-se no âmago da relação médico-paciente, baseada essencialmente em confiança. “Não existe medicina sem confiança, tal como não existe confiança sem confidências e nem confidências sem segredo⁽²⁾”.

Numa breve passagem pela história, observa-se que o dever deontológico e ético de o médico guardar segredo remete ao Juramento de Hipócrates, no trecho “o que no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar,

conservarei como segredo”. Ou seja, tal pilar vem sendo mantido há cerca de 2.500 anos, e, a cada dia, se demonstra uma necessidade.

O sigilo médico, da forma que é entendido hoje, teve seus altos e baixos no mundo ocidental: durante a Idade Média, por exemplo, não era garantido⁽³⁾. Ao contrário, as medicinas árabe e judaica sempre preservaram sua vigência.

Já na Idade Moderna ressurgiu na Europa, em consequência do pensamento iluminista, e, depois, do liberal.

Desde a Segunda Guerra mundial, a defesa do segredo médico parece seguir uma nova via, inspirada pela defesa dos direitos humanos.

Normas éticas e legais

Em princípio, o sigilo médico deve ser mantido por razões morais, com o objetivo de não causar dano ao atendido. Entretanto, a preservação da intimidade do paciente não se restringe ao aspecto moral: está prevista em várias normas legais e éticas, como:

- Em seu Art. 5º, inciso X, a Constituição Federal de 1988⁽⁴⁾ determina que sejam invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

- O Código de Ética Médica⁽¹⁾ dedica todo um capítulo ao tema: entre as determinações, veda ao médico a revelação de “fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente”, permanecendo essa proibição mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; quando de seu depoimento como testemunha e na investigação de suspeita de crime.

- A Declaração Universal dos Direitos Humanos⁽⁵⁾, em seu Art. XII estabelece: “Ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação. Toda pessoa tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques”.

- O Código Internacional de Ética Médica⁽⁶⁾ (vide anexo na pág. 151)

pondera que “o médico deverá manter segredo absoluto sobre tudo que sabe de um paciente, em virtude da confiança que nele depositou”. Informa, porém, ser ético “revelar informação confidencial quando o paciente consinta ou quando haja uma ameaça real e iminente para o paciente ou para terceiros, e essa ameaça possa ser afastada pela quebra da confidencialidade”.

■ Resolução do CFM⁽⁷⁾ é clara: “O sigilo médico é instituído em favor do paciente. O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário médico ou ficha médica”.

■ O Código Penal, em seu Art. 154⁽⁸⁾ (violação de segredo profissional), veda: revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

■ Na área do Direito Civil é cabível a responsabilização – reparação – caso haja dano material ou moral ao paciente que tiver os seus dados clínicos tornados públicos.

Quebra do sigilo

Há casos em que o médico é dispensado do dever de sigilo profissional.

A Lei das Contravenções Penais⁽⁹⁾, em seu capítulo “Das Contravenções Referentes à Administração Pública” estabelece que “o segredo profissional não se aplica aos profissionais que realizam o exame na condição de peritos, eis que em tais circunstâncias agem no intuito de descobrir a verdade, auxiliando a Justiça ou a Polícia”.

Aliás, o médico designado como perito sequer poderá se calar, pois é obrigado a revelar toda a verdade em processo judicial ou administrativo, bem como em inquérito policial: se não o fizer, corre o risco de responder processo criminal por crime de falsa perícia.

Fora dessa situação, o médico só poderá quebrar o sigilo profissional em três situações bem definidas: “autorização expressa do paciente”, “justa causa” ou “dever legal”.

Autorização expressa do paciente – O sigilo pode ser quebrado se o atendido assim o permitir. Porém, a simples autorização *não obriga* o médico a quebrar o sigilo, caso considerar a atitude inadequada.

Justa causa – Ocorre quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outros.

A justa causa pode servir como argumento na defesa de interesse legítimo próprio ou legítima defesa do médico. Aliás, a legítima defesa (própria ou do paciente), segundo parecer do Cremesp⁽¹⁰⁾, corresponde “ao melhor exemplo” que justifique a quebra do sigilo por justa causa.

“Por justa causa admite-se um interesse de ordem moral ou social que justifique o não cumprimento da norma”, contanto que “os motivos apresentados sejam, realmente, capazes de legitimar tal violação”, explica Genival Veloso de França, professor de Medicina Legal da Universidade Federal da Paraíba.

Dever legal – Dever previsto em norma jurídica que não depende da vontade do paciente, e sim da obrigação do profissional.

Entre esses deveres, está o de informar sobre doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, por motivos de preservação da saúde pública.

Nos crimes de ação pública incondicionada (furto, roubo, receptação, tráfico de drogas, homicídio, aborto, peculato, estelionato etc.) de que teve conhecimento no exercício de medicina, o médico é obrigado a fazer a comunicação competente à autoridade policial, ao Ministério Público ou ao Juiz, *desde que não exponha o cliente a procedimento criminal*.

Exemplo: o parecer do Cremesp citado acima⁽¹⁰⁾ especifica que “ao tomar conhecimento de tentativa de aborto por parte de cliente, o médico deverá calar-se porque a sua paciente estará sujeita a procedimento criminal. Entretanto, caso constate que a tentativa foi de outrem e à revelia da cliente, o médico, com a anuência da vítima ou de seu responsável, deve comunicar o crime, pois poderá ter ocorrido, inclusive, lesão corporal em virtude da resistência oposta pela vítima”.

Nos casos de “dever legal”, incluem-se, também, crimes configurados contra pacientes menores de idade (abuso de pátrio poder, de qualidade de padrasto, tutor ou curador, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentado ao pudor, sedução, estupro, supressão intencional de alimentos, induzimento, instigação ou auxílio na prática do suicídio ou mesmo de sua tentativa e abortamento provocado por outrem, sem o consentimento da paciente).

Igualmente não se pune o médico quando a quebra do sigilo tenha sido motivada por ordem legal (cumprimento da determinação de autoridade pública).

Revelação por solicitação de “autoridade”

Pode-se quebrar o sigilo a pedido de delegado ou outra autoridade policial (por exemplo, entregar documento médico sigiloso por solicitação dessas pessoas)? A resposta é não, não há determinação legal que obrigue o médico a passar por cima de sua obrigação de manter segredo em relação ao seu paciente.

A CID 10 e o sigilo

A Classificação Internacional de Doenças (CID) foi criada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, sua disseminação eletrônica é de responsabilidade do DATASUS.

De acordo com o Ministério da Saúde (site do DATASUS), os benefícios de se organizar a CID incluem permitir que programas e sistemas possam referenciar, de forma padronizada, as classificações, além de auxiliar na busca de informação diagnóstica para finalidades gerais.

Já em sua 10ª edição⁽¹⁷⁾ (a 11ª passa a valer em 2015), a CID não pode ser considerada uma “novidade”: a primeira é datada de 1893, e ficou conhecida como Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte. O nome é uma homenagem ao médico e estatístico francês Jacques Bertillon, que coordenou uma comissão em Paris, cuja tarefa principal foi suprir uma necessidade crescente de vários países no século XIX, ou seja, elaborar uma classificação internacional de doenças.

Apesar dessas (boas) intenções, no âmbito da profissão médica, existem grandes restrições à divulgação de doenças – capaz de

E se for o juiz a solicitar acesso às informações verbais ou às contidas em documentos sigilosos do paciente?

Há quem sustente que o Poder Judiciário tem a prerrogativa de requisitar informações e cópias de fichas clínicas para “responder aos interesses da sociedade, de sorte que o não atendimento da requisição importa no crime de desobediência”.

Quem assim considera, defende que a quebra do sigilo nessas situações não se configura em infração, pois a revelação não é leviana, e sim técnica, clara e objetiva.

Esse não corresponde a um entendimento de consenso: muitos juristas

contrariar a obrigação do sigilo envolvida na relação médico-paciente. Vale lembrar um detalhe óbvio, mas nem sempre considerado no contexto de um atendimento: a divulgação do diagnóstico, codificado ou não, leva à quebra de sigilo, pois o acesso à CID-10 é fácil e disponível a *qualquer um* que saiba utilizar razoavelmente a internet.

Por ser capaz de suscitar tantos dilemas de natureza ética, a colocação da CID foi alvo de algumas resoluções e pareceres do Cremesp e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Em comum, todas essas normas indicam que a eventual divulgação da CID em benefício (e por interesse) do próprio paciente deve acontecer mediante sua inequívoca autorização, já que o sigilo pertence a ele, sendo o médico seu confidente.

Ainda que o paciente solicite a divulgação da CID em um documento médico, o profissional tem a obrigação ética de avisar-lhe sobre os riscos de uso indevido daquelas informações.

Segundo alguns autores, a orientação para que o médico solicite do paciente a sua autorização para colocação da CID e outras informações na guia do TISS (*Troca de Informação em Saúde Suplementar*) pode constituir constrangimento ilegal, não descaracterizando a quebra do sigilo médico.

consideram que o segredo profissional presta-se a proteger a liberdade individual e a relação de confiança existente entre o profissional e o cliente. Por isso, entendem que a intimação judicial feita a médico (ou a gestor de hospital) para que apresente as fichas clínicas e documentos, sob o risco de ser responsabilizado por crime de desobediência, configura constrangimento ilegal: além de quebrar o sigilo, a atitude carece de justa causa.

Como a situação é delicada e polêmica, a orientação é que o médico busque o apoio de colegas, no sentido de salvaguardar sua obrigação de sigilo. No entanto, aconselha-se que compareça ao local marcado para seu depoimento e argumente com o juiz que “por dever de ofício, não pode quebrar o sigilo sem a autorização expressa do paciente”, restringindo-se a encaminhar documentos ao perito médico indicado pelo magistrado para conduzir o processo.

Algumas resoluções

■ A Resolução CFM nº 1.819/2007⁽¹¹⁾, por exemplo, proíbe ao médico “o preenchimento, nas guias de consulta e solicitação de exames das operadoras de planos de saúde, dos campos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e tempo de doença concomitantemente com qualquer outro tipo de identificação do paciente ou qualquer outra informação sobre o diagnóstico, haja vista que o sigilo na relação médico-paciente é um direito inalienável do paciente, cabendo ao médico a sua proteção e guarda”.

Excetua-se dessa proibição os casos previstos em lei.

■ A Resolução CFM nº 1.851/2008 (que altera o Art. 3º da Resolução CFM nº 1.658/02, referente à Emissão de Atestados)⁽¹²⁾ especifica que, na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará procedimentos como “estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente”.

A mesma resolução determina que quando o atestado *for solicitado* pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica “deverá observar o diagnóstico” (além do resultado dos exames complementares, a conduta terapêutica, o prognóstico, as consequências à saúde

do paciente, o provável tempo de repouso necessário estimado para a sua recuperação, entre outros pontos).

■ A Resolução CFM nº 1.605/2000⁽⁷⁾ (referente ao Sigilo), em seu Art. 1º, estabelece que “o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica”.

■ A única resolução do CFM que, aparentemente, tinha o conteúdo um pouco diferente do dito acima foi revogada no ano seguinte à sua publicação. A Resolução CFM nº 1.190/84, entre suas “considerações”, ponderava: “não constitui infração ao Código de Deontologia revelar diagnóstico, especialmente quando codificado e com o expreso consentimento de seu paciente ou seu responsável legal”. Tal resolução seria substituída pela Resolução CFM nº 1.219/85⁽¹³⁾.

■ A Resolução Cremesp nº 167/2007⁽¹⁴⁾ (que altera a Resolução Cremesp nº 126/05, referente à Perícia Médica), estabelece que “o atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal, para fins de perícia médica, deverá conter informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as consequências à saúde do paciente, podendo sugerir afastamento, readaptação ou aposentadoria, ponderando ao paciente, que a decisão caberá ao médico perito”.

Alguns pareceres

■ O Parecer Consulta nº 37.753/06⁽¹⁵⁾, que tem como assunto “CID em atestado médico”, traz em sua ementa não haver “restrição a que se cite no atestado a CID 10 ou o diagnóstico, desde que por pedido ou autorizado pelo paciente”, quando a pedido do perito médico. Segundo o mesmo parecer, o paciente tem direito à cópia de seu prontuário, que pode ser disponibilizado ao médico perito.

■ O Parecer Consulta nº 25.899/08⁽¹⁶⁾ trata de uma eventual “padronização de atestado médico para os alunos de pós-graduação de determinada universidade, com informações como o nome do paciente/aluno, nome e número do CRM do médico, sua especialidade, instituição, endereço, telefone, diagnóstico, tempo e motivo de afastamento.

De acordo com o relator, “nada há de antiético na proposta de padronização do atestado médico. O segredo pertence ao paciente, sendo o médico seu fiel depositário. Não há quebra de sigilo se o paciente permite a divulgação de seu diagnóstico. Se, entretanto, este não quiser que seu diagnóstico seja divulgado no campo da CID, deverá ser anotado ‘divulgação não autorizada’, não perdendo o atestado a validade”.

Formulário de Notificação Compulsória

As doenças de notificação compulsória – que, em sua própria definição, *parecem* interferir na questão do sigilo – são assim designadas por constarem da Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (DNC), em âmbito mundial, nacional, estadual e municipal.

Ainda que seja uma obrigação médica – já que o médico é o responsável por identificar as doenças –, é mais frequente que a notificação seja realizada por outro profissional de saúde. Porém, também pode ser feita por qualquer indivíduo que obedeça à normatização sobre o assunto.

De qualquer forma, as notificações ocorrem em relação a doenças cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causar surtos e epidemias exigem medidas eficazes para a sua prevenção e controle.

Entre essas doenças (veja lista em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_list.htm), figuram aquelas cuja notificação deve ser imediata e mediante suspeita, como botulismo, meningite por *Haemophilus Influenzae* e febre amarela; as que precisam de confirmação antes da notificação, como hanseníase, esquistossomose e Aids.

O instrumento utilizado para a notificação é a ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O Formulário de Notificação de Risco de Saúde Pública Nacional é encontrado no site do DATASUS (governo federal, http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=432). Constam desse documento, especificações sobre a doença a ser informada (tipo de evento? É agregado a casos de óbito? Data de início? Local de ocorrência? Casos suspeitos? Casos confirmados?), além de nome, profissão, município do identificador, telefone e e-mail.

Alguns equívocos

- Colocar o diagnóstico do paciente em atestado, sem sua autorização. A obrigação do sigilo se mantém mesmo após o falecimento do atendido.
- Deixar de orientar o paciente sobre o significado da CID, quando este solicitar sua colocação no atestado.
- Por meio de atestado, prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias de morte do paciente sob seus cuidados, além daquelas contidas na declaração de óbito.

Dilemas éticos

Meu paciente é portador assintomático de HIV. Precisa de atestado para confirmar aptidão ao trabalho como bancário. Devo revelar o diagnóstico para que a empresa tome os devidos cuidados?

Não! Um segredo revelado pelo paciente pertence a ele, seja qual for sua motivação pelo silêncio. Ao médico cabe manter o sigilo, a não ser nas situações que se enquadram em motivo justo e/ou dever legal. Uma doença sexualmente transmissível não é risco em trabalho que não se vincule à atividade sexual (a afirmação, óbvio, desconsidera situações específicas que envolvem acidentes de trabalho com sangue, entre profissionais de saúde).

Apesar de a questão do sigilo “não ser comparável” ao que vigorava na época de Hipócrates, visto que se tratava de “uma obrigação moral e quase religiosa”⁽¹⁸⁾, atualmente, o silêncio exigido aos médicos tem a finalidade de impedir a publicidade sobre certos fatos conhecidos, cuja desnecessária revelação traria prejuízos aos interesses morais e econômicos dos pacientes. O sigilo nasceu por exigência das necessidades individuais e coletivas: em favor dos pacientes, dos familiares e da sociedade em geral.

A quebra do sigilo profissional, portanto, não deve ser vista somente como uma grave ofensa à liberdade do indivíduo, uma agressão a sua privacidade ou um atentado ao exercício da sua vontade, é também uma “conspiração à ordem pública e aos interesses coletivos”.

Para solucionar desentendimento familiar, esposa de paciente falecido pede que eu informe, em atestado, a infidelidade conjugal revelada pelo marido durante consulta. Não vejo mal: como o paciente está morto, minha obrigação do sigilo terminou. Além disso, abordarei o seu comportamento, não a sua saúde, algo do âmbito do atendimento médico.

Tudo errado. Em primeiro lugar, o sigilo relaciona-se com todos os fatos conhecidos em virtude de exercício da profissão.

Além disso, o direito à privacidade não se extingue com a morte. O dever de confidencialidade, que todos os profissionais de saúde devem observar, mantém-se mesmo após tal evento⁽¹⁹⁾.

Entende-se por privacidade “a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, e à sua intimidade (...). É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização”. Já por confidencialidade entende-se “a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada”.

Candidato a emprego revela ao médico do trabalho que é portador de uma doença que em nada prejudica seu desempenho profissional. Solicita que o diagnóstico não seja inserido em seu atestado de aptidão. Decidi, então, incluir apenas a CID, para salvar o sigilo.

Primeiro equívoco: no atestado de aptidão ao trabalho, o médico deve limitar sua opinião profissional, em relação ao candidato a emprego, à condição de “apto” ou “inapto” à função.

Sobre a questão do sigilo propriamente dito, como se sabe, qualquer pessoa pode acessar, por meio da internet, a CID, para identificar diagnósticos não especificados por escrito.

Por isso, ao colocar a CID à revelia do atendido, o médico estará padecendo de ingenuidade e de falta de ética: além do Art. 73 do Código de Ética, que é claro, ao impedir que o médico revele fato de que teve conhecimento em virtude de sua profissão, o colega indiscutivelmente estará

infringindo o Art. 76, que determina que não deve revelar “informações confidenciais obtidas quando do exame médico dos trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde de empregados ou da comunidade”.

Infelizmente, é muito comum que empresas tentem burlar a questão do sigilo, condicionando a contratação do empregado ao conhecimento de um eventual diagnóstico. Ainda que seja a pedido do próprio paciente, cabe ao médico orientá-lo, com a clareza necessária, sobre as possíveis consequências da revelação, por escrito, de um dado médico de sua vida.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 25 de fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=8822&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1931&situacao=VIGENTE&data=17-09-2009>
2. França GV. Segredo Médico. [on-line]. [Acessado em: 25 de fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.malthus.com.br/artigos_print.asp?id=115
3. Pereira AGP. O Sigilo Médico: análise do direito português. [on-line]. [Acessado em: 25 de fevereiro 2013]. Disponível em: <http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10576/1/O%20Sigilo%20M%C3%A9dico.pdf>
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
5. Declaração Universal dos Direitos Humanos. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf
6. Código Internacional de Ética Médica. Associação Médica Mundial. [online em inglês]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.605, de 15 de setembro de 2000. O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3051&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1605&situacao=VIGENTE&data=15-09-2000>
8. Brasil. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
9. Brasil. Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm
10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta s/nº. Dispõe sobre Segredo Médico. Exarado em 10 de fevereiro de 1980. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=4826&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=s/n&situacao=&data=00-00-1980>
11. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.819, de 17 de maio de 2007. Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em:

- <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7009&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1819&situacao=VIGENTE&data=17-05-2007>
12. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.851, de 14 de agosto de 2008. Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao= PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7894&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao= Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1851&situacao=VIGENTE&data=14-08-2008>
 13. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.219, de 11 de julho de 1985. Trata do fornecimento de atestado médico com diagnóstico codificado ou não. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=2926&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1219&situacao=VIGENTE&data=11-07-1985>
 14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 167, de 25 de setembro de 2007. Altera o artigo 8º. da Resolução CREMESP nº 126/05, que dispõe sobre a realização de perícia médica. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7677&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E3o%20Paulo&numero=167&situacao=VIGENTE&data=25-09-2007>
 15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 37.753/06. CID em atestado médico. Homologado na 2.501ª reunião plenária, realizada em 19.09.2000. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=8347&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E3o%20Paulo&numero=37753&situacao=&data=13-03-2009>
 16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 25.899/08. Padronização de atestado médico para os alunos de pós-graduação da Universidade. Homologado na 3.806ª reunião plenária, realizada em 18.03.2008. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=8568&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E3o%20Paulo&numero=25899&situacao=&data=30-03-2009#anc_integra
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
 18. França GV. O segredo médico e a nova ordem bioética. In: Barboza HH, Barreto VP, org. Temas de biodireito e bioética. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
 19. Goldim JR, Francisconi CF. Bioética e Informação. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/bioinfo.htm>

Atestados vinculados ao trabalho

São aqueles que serão usados pelo trabalhador para garantir que tem condições físicas e mentais para desempenhar uma determinada função ou, ao contrário, para garantir seu benefício empregatício para o afastamento, quando necessário.

Saúde Ocupacional

O Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) é um documento de responsabilidade do médico do trabalho, usado como referência médica em relação aos trabalhadores, pois auxilia na decisão quanto ao seu destino profissional.

Parte integrante de um ato médico, o ASO é legitimado pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO, veja detalhes nas págs 73 e 74), que deve estar presente em todas as empresas que agregarem funcionários. Os objetivos fundamentais do PCMSO são: a prevenção de doenças de natureza ocupacional e a promoção da saúde dos trabalhadores, buscando a melhor adequação do trabalho ao homem – e deste ao trabalho. Além de ser uma exigência legal, o programa respeita os princípios éticos, morais e técnicos da Convenção 161 da Organização Internacional do Trabalho – OIT.

Preenchimento do ASO

Décadas atrás, para finalidades trabalhistas, era usado o “Atestado de Saúde Física e Mental”, normalmente apresentado ao médico do

trabalho da empresa junto com a “abreugrafia” (registro radiográfico dos pulmões). O ASO substituiu esse documento em 1995, quando foi implantada a Norma Regulamentadora nº 7 (NR7)⁽¹⁾, pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Para o preenchimento do ASO devem ser realizados exames médicos direcionados aos riscos ocupacionais e ambientais de cada empresa, bem como aos riscos presentes nas atividades a serem desenvolvidas, por ocasião da admissão, demissão, mudança de função e retorno ao trabalho (o último, após afastamento superior a 30 dias).

O ASO tem valor legal, sendo endossado pelo prontuário médico do trabalhador, do qual constam a anamnese e os exames físicos necessários. Ou seja, a análise conjunta do ASO e do prontuário médico é essencial, técnica e eticamente, para a avaliação sequencial dos fatos médicos e a recuperação do histórico de saúde do profissional.

Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica (anamnese ocupacional e exame físico e mental); resultados dos exames complementares; conclusões; e medidas implementadas, deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico coordenador do PCMSO. Os resultados devem ser comunicados ao trabalhador, que tem o direito de receber uma cópia destes.

Desde o estabelecimento da NR7, o preenchimento do ASO vem sofrendo alterações técnicas. Na forma com que ele vem sendo utilizado, atualmente, deve conter, no mínimo: o nome completo do trabalhador; o número de registro de sua identidade e sua função; os riscos ocupacionais específicos existentes (ou a ausência deles) na atividade proposta; a indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o trabalhador; e a data em que foram realizados.

Deve conter ainda a definição de “apto” ou “inapto” para a função específica a ser exercida; nome e CRM do médico coordenador do PCMSO (quando houver); nome e número de inscrição no CRM do médico encarregado do exame, sua assinatura, carimbo, data e endereço ou forma de contato.

Constará também do ASO a especificação a qual se destina o documento, isto é, se é admissional, demissional, retorno ao trabalho, mudança de função ou periódico.

Note-se: 1) não faz parte do ASO o diagnóstico escrito e codificado, apenas a condição do trabalhador de “apto” ou “inapto” à função a ser desempenhada; e 2) constam do ASO os nomes e assinaturas tanto do médico que realiza o exame quanto do coordenador do PCMSO, pois ambos são corresponsáveis pelo atendimento ao trabalhador.

Para cada trabalhador examinado, o médico emitirá o ASO em duas vias, sendo que a primeira ficará arquivada no local de trabalho (inclusive frente de trabalho ou canteiro de obras), à disposição dos órgãos fiscalizadores. A segunda será obrigatoriamente entregue ao trabalhador.

Exames Ocupacionais

Os exames ocupacionais, que fundamentam o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), são os seguintes:

Exame médico admissional: realizado antes que o trabalhador assumas suas atividades.

Exame médico periódico: acontece segundo intervalos mínimos discriminados na NR7, de acordo com o risco, idade, restrições e demais informações pertinentes, nunca ultrapassando a periodicidade de dois anos.

Exame de retorno ao trabalho: é feito obrigatoriamente no primeiro dia de volta ao trabalho, quando o empregado se ausenta por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente (de natureza ocupacional ou não) e parto.

Exame médico de mudança de função: é realizado antes que o profissional assumas outra função. Esse exame deve ser realizado somente se ocorrer alteração do risco a que o trabalhador será submetido, de acordo com o *Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)*.

Exame médico demissional: é feito obrigatoriamente até a data de homologação da demissão, desde que o último exame periódico realizado obedeça aos intervalos referidos na NR7.

Atestado para o afastamento do trabalho

As ações trabalhistas para afastamento do trabalho de funcionário se iniciam após a emissão de atestado médico comprovando que ele é portador de uma doença ou incapacidade para determinada função. Tal avaliação inicial é realizada em conjunto pelo médico assistente e médico do trabalho.

A recomendação ao afastamento ocorre quando a doença apresentada acarreta na necessidade de paralisação temporária ou definitiva das funções do atendido, resultando em justificativa de falta ao trabalho, licença ou dispensa. Caso a doença tenha sido adquirida pela função que o funcionário exerça, o médico pode sugerir, em atestado, que esta pessoa seja remanejada por motivos de saúde.

Somente médicos e odontólogos, no âmbito de sua profissão, podem fornecer atestado destinado ao afastamento do trabalho, conforme explicita Resolução CFM⁽²⁾ (no caso de dentistas, a duração máxima do período de repouso do paciente é de até 72 horas, cabendo, se necessário, prorrogação).

Caso a finalidade do atestado seja o afastamento do trabalho por motivo de doença, sugere-se ao médico definir no documento o período necessário para o tratamento, recomendações e restrições médicas.

Leia-se: se o médico não declara ou não atesta a necessidade de repouso ou de afastamento do trabalho, especificando o período em que deve ocorrer, é possível supor, salvo omissão no atestado, que inexistente tal necessidade. Um cuidado especial deve se tomar com a data, pois não se recomenda documentos retroativos ou prospectivos.

Quem arca?

Tendo em vista ser atribuição médica a análise e a emissão de atestados para afastamento do trabalho, é útil ao seu dia a dia que o profissional conheça algumas particularidades a respeito desse âmbito específico, em especial, para esclarecer dúvidas de seus atendidos.

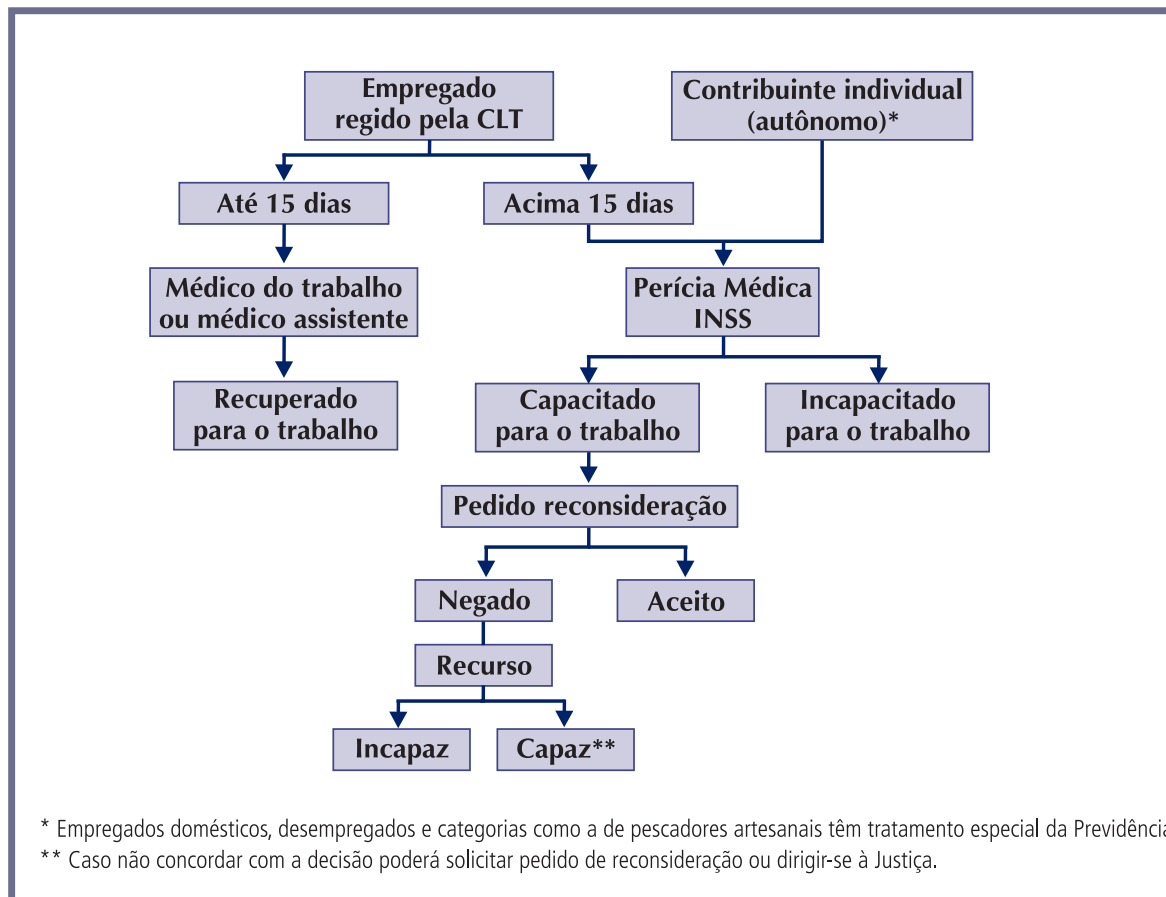
Primeiro ponto a ser lembrado: durante o período de afastamento do trabalhador por licença médica, este *não poderá* ser demitido do emprego.

O pagamento dos primeiros quinze dias de afastamento da pessoa com vínculo empregatício (exceto empregados domésticos) é de responsabilidade da empresa, sendo o médico do trabalho ou congênere (por exemplo, “terceirizado”) quem receberá e analisará os atestados apresentados.

Permanecendo o afastamento, o trabalhador deve ser encaminhado ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), para ser submetido à perícia médica, que concluirá pela concessão ou não do benefício. Em caso positivo, cabe ao INSS o pagamento do auxílio-doença até que o atendido recupere sua capacidade laboral.

A cessação do benefício do INSS corresponde à liberação do INSS para que o funcionário volte ao trabalho. Ao retornar, depois de afastamento por período igual ou superior a 30 dias por motivo de doença, acidente ou parto, deve passar pelo médico do trabalho da empresa, que promoverá exame médico específico, com a consequente expedição do ASO.

Esquema representativo de atestado para afastamento



Quem é o médico do trabalho?

Médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica ou Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina (Norma Regulamentadora nº 4, sobre Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho)⁽⁵⁾.

Atestado para não se afastar do trabalho

Mais raras, há situações que levam o trabalhador a solicitar ao médico atestado que comprove que uma determinada situação *não oferece risco aos demais colegas e ao público em geral* e que, portanto, *não há a necessidade* de afastar-se do trabalho.

Como exemplo, pode-se citar o caso de funcionário de creche acometido por conjuntivite alérgica e sem riscos de transmissão: a direção do estabelecimento pode solicitar ao trabalhador que providencie atestado médico, a ser usado, eventualmente, para comprovar junto aos pais de alunos que seus filhos não estão arriscados à infecção.

Declaração de comparecimento

Trata-se de documento preenchido pelo médico e/ou funcionário administrativo de uma clínica ou hospital designado para tal, a pedido do paciente, que justifica as horas não trabalhadas em virtude de um atendimento ou de realização de exames complementares.

Se elaborado pelo médico, o documento seguirá as regras legais e éticas de um atestado médico comum.

Vale lembrar que, por si só, a declaração ou atestado de comparecimento *não implica* na necessidade de afastamento do trabalho. Presta-se somente a informar que o paciente esteve presente em consulta ou exames realizados a pedido médico.

Declaração para acompanhante

Trata-se de documento em que o médico declara, a pedido do interessado, que determinada pessoa acompanhou o doente durante consulta, exames diversos e internação hospitalar.

O médico *não é obrigado* a fornecer a declaração de comparecimento do acompanhante, pois a legislação trabalhista não disciplina quanto ao abono de faltas tampouco se manifesta quanto à obrigatoriedade das empresas em recebê-la, salvo se existir acordo, convenção ou dissídio regulamentado a matéria para categorias diferenciadas.

Ainda que não obrigatório, acreditamos que o fornecimento desta declaração, por solicitação do interessado, seja adequado sob os pontos de vista éticos e práticos, em especial, aos acompanhantes de pacientes pediátricos, geriátricos ou de pessoas fragilizadas pela doença: em determinados casos, tornam-se até imprescindíveis como parte integrante do tratamento.

Tal declaração de comparecimento fornecida por médicos norteia-se pelas mesmas normas legais e éticas direcionadas ao atestado médico, referentes à veracidade das informações.

Há categorias e funções com determinações diferenciadas. O Regime Jurídico do Servidor Público⁽³⁾, por exemplo, prevê licença por motivo de doença em pessoa da família. Essa lei estabelece que a licença pode ser de 60 dias com remuneração que pode ser somada a mais 60 dias sem remuneração.

Atestado médico e perícia

A perícia médica é um procedimento que se constitui na apuração de fato médico, por meio de métodos propedêuticos e técnicos, tendo por finalidade levantar informações de interesse em processos administrativo, previdenciário, judicial, securitário ou policial, visando à formação de um juízo de valor.

O laudo médico integra esse processo, constituindo-se em documento médico-legal com estrutura muito bem demarcada e que deve expressar a perícia realizada.

Quem é o médico perito?

Perito é todo o médico nomeado, concursado ou indicado capacitado para esclarecer os fatos de interesse obtidos durante a perícia, respondendo aos quesitos solicitados pelos operadores de direito (juiz, advogado ou administração pública).

No exercício de sua função, deverá reunir elementos suficientes, ou seja, meios de provas para concluir ou justificar sua decisão.

Assim sendo, para orientar o seu raciocínio e alcançar a verdade dos fatos, o perito poderá requisitar prontuários, relatórios ou atestados aos médicos que prestam atendimento assistencial. Por sua vez, tais colegas têm o dever de atender à solicitação, contanto que seja a pedido do interessado ou solicitação judicial.

Por outro lado, o perito não se obriga a acatar o teor completo ou parcial do atestado fornecido pelos responsáveis pelo atendimento assistencial, já que sua decisão pericial deve ser fundamentada tanto por determinantes técnicas como legais.

Em resumo: respeitando os ditames do Código de Ética Médica, prevalece a autonomia do médico perito, independente da reconhecida fé pública do atestado.

Funções

Sobre o tema, figura da legislação a Resolução do CFM⁽⁴⁾, que estabelece que, para a elaboração do documento para fins de perícia médica, o médico deve:

- especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;
- estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo atendido;
- registrar os dados de maneira legível;
- identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Dentro do mesmo assunto, quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica, eventuais resultados de exames ou diagnósticos devem ser, sempre, idênticos aos registrados em ficha de atendimento ou prontuário – principal arma de defesa do médico quando acusado injustamente de atos negligentes, imprudentes e/ou imperitos.

O registro adequado de informações serve, ainda, para fins de estatísticas sanitárias e previdenciárias, entre outras.

Capacidade x aptidão: conflitos

Quando o certificado de capacidade, homologado pelo perito previdenciário, está de acordo com a condição de aptidão reconhecida pelo médico do trabalho, a sequência legalmente obrigatória para o afastamento do trabalho flui pacificamente.

Entretanto, não são raras as situações de conflito, nas quais as conclusões do perito e do médico do trabalho são divergentes, atingindo o empregado, que, por um lado, fica impedido de trabalhar pelo médico da empresa e, por outro, pode perder o benefício previdenciário, em decorrência do parecer do perito.

A análise e a consequente solução dessa questão exigem, inicialmente, uma reflexão sobre as diferenças de competência entre os médicos envolvidos.

Ao concluir pela capacidade laborativa, o perito previdenciário reconhece que as condições clínicas do segurado, por ocasião do exame pericial, permitem o exercício de sua profissão ou ocupação habitual, sem necessidade de reabilitação. Por outro lado, ao considerar o trabalhador inapto, o médico do trabalho avalia que ele não pode desempenhar as atividades arroladas em sua função em sua integralidade.

Situações como essa tornam necessário esclarecer que a diferença entre *capacidade* e *aptidão* não é meramente terminológica. Normalmente, para a mesma profissão ou ocupação existem variadas funções com diversidade de atribuições que não impõem, necessariamente, os mesmos riscos físicos, químicos ou biológicos.

Antes de decidir pela inaptidão, é competência do médico do trabalho avaliar todas as possibilidades de readaptação funcional, permitindo que o empregado portador de patologias crônicas, mas não incapacitantes naquele momento, possa executar sua atividade sem riscos de agravamento da doença.

Só depois, deve reencaminhá-lo ao INSS, acompanhado de um relatório explicitando e fundamentando seu parecer, não excluindo a possibilidade de diálogo com a equipe previdenciária.

Com esses procedimentos é de se esperar que o conflito seja resolvido, com o segurado submetido à perícia em nível recursal. Caso persistir a divergência, como recurso extremo, restará a via judicial.

Durante esse período, o trabalhador permanece “no limbo”, sem remuneração. A questão foi minimizada pela ação de alguns sindicatos de trabalhadores (metalúrgicos, químicos, entre outros), que acordaram que, quando o médico do trabalho considera inapto o trabalhador no seu retorno e o INSS ratifica a alta, a empresa deve assumir a responsabilidade pelos dias não trabalhados.

PCMSO

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) foi estabelecido pela NR7, criada por Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego⁽⁶⁾, e presente no capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

O PCMSO deve contemplar a meta de prevenção ou detecção precoce dos agravos à saúde, para cada grupo de trabalhadores. Para isso, precisa ser estruturado por um estudo *in loco*, por meio de visitas aos locais de trabalho, objetivando o reconhecimento prévio dos riscos ocupacionais existentes. Complementam a visita: a análise dos procedimentos produtivos, os tipos de postos de trabalho, as informações sobre ocorrências de acidentes e doenças ocupacionais, as atas da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), os mapas de risco e estudos bibliográficos, entre outros.

A partir desse reconhecimento, serão estabelecidos os exames específicos a que todos os trabalhadores deverão ser submetidos para o controle de sua saúde, de acordo com os riscos a que estão expostos, seguindo critérios pré-estabelecidos para a interpretação dos resultados dos exames e as condutas a serem tomadas no caso da constatação de alterações.

O PCMSO poderá se resumir à simples realização de avaliações clínicas bienais para empregados na faixa etária dos 18 aos 45 anos. Os demais deverão ser submetidos a exames anuais, exceto os trabalhadores expostos a agentes nocivos, os quais deverão passar por exames médicos semestrais.

Em geral, o PCMSO é coordenado por um médico com especialização em Medicina do Trabalho, que será o responsável técnico pelo programa, ainda que esteja vinculado a uma empresa. A função do coordenador é realizar os exames médicos ocupacionais ou encarregar colega de realizá-los, contanto que



esteja familiarizado com os princípios das doenças ocupacionais e suas causas.

Apesar da obrigatoriedade de se ter médicos para participarem e coordenarem o PCMSO, as instituições *não são obrigadas* a manter um médico do trabalho em seu quadro de empregados (salvo a exigência contida em quadro da NR4, do capítulo V da CLT).

Nesses casos, é preciso recorrer a empresas terceirizadas que disponibilizam os serviços de médico capacitado para estabelecer o programa ocupacional. Observe: nas localidades em que inexistirem médicos do trabalho – ou perante a sua indisponibilidade – as empresas poderão contratar médico de outra especialidade para coordenar o programa.

Existem empresas desobrigadas de contar com um coordenador, que são, entre outras, aquelas com graus de risco: leve, com até 25 empregados, ou moderado e grave, com até dez empregados. Em tal situação, um médico contratado deverá realizar as avaliações dos riscos presentes, desde que, necessariamente, conheça o local de trabalho ao qual vai avaliar.

Alguns equívocos

- Cobrar pelo atestado, apesar de não haver realizado consulta que o justificasse.
- Fornecer atestado por “camaradagem” para legitimar ausência no trabalho ou na escola.
- Afirmar que o paciente foi atendido em um determinado período (manhã, tarde ou noite), em vez de especificar um horário preciso.
- Menosprezar atestado fornecido pelo médico assistente (no caso de médico do trabalho).
- Menosprezar atestado fornecido por médico do trabalho (no caso do perito).

Dilemas éticos

Sou médico do trabalho de uma empresa. O paciente compareceu em nosso ambulatório com atestado de seu médico particular depois de dez dias de afastamento, mas eu não aceitei, pois não havia comprovação suficiente.

O paciente tem o direito legal de ser afastado do trabalho por motivo de doença por conta da empresa em que trabalha por um período de até 15 dias – depois disso, seu afastamento é coberto pela Previdência Social.

Sendo assim, não existe motivo para que não se aceite atestado emitido por colega que, como documento formal, tem fé pública. O atestado médico goza, sim, da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

Outra exceção pode ocorrer quando houver norma interna da empresa que determine que o paciente deva ser examinado pelo respectivo médico do trabalho no decorrer dos primeiros dias de afastamento, ainda que tenha em mãos atestado do médico assistente.

Por analogia a uma negativa de afastamento, proposta por colega sem razão justificável, pode-se usar o teor do Art. 52 do Código de Ética Médica⁽⁷⁾,

que proíbe “desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável”.

Além de atestado médico para o filho, pai de paciente pediátrico solicitou declaração de comparecimento para ele, para o período da manhã. Só que permaneceu no consultório entre 10 e 11 horas. Devo atender?

Do ponto de vista ético, existem situações como essa, em que a omissão de informações pode equivaler à inverdade. Assim, ao atestar que o paciente ficou todo um período em seu consultório, sendo que ele permaneceu apenas por minutos ou poucas horas, pode esbarrar no determinado pelo Art. 80 do Código de Ética Médica, que veda ao médico “expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade”.

Em outras dimensões, a prática e a legal, uma informação aparentemente “inofensiva” é capaz de causar grandes transtornos ao profissional. Pode-se citar, como exemplo, outro caso (real), em que um homem levou o filho ao pronto-socorro infantil às 9 horas e solicitou ao médico que lhe desse atestado para todo o período da manhã. Atendido, usou o documento como álibi a um crime cometido às 8 horas.

Atestado de afastamento do trabalho por mais de 15 dias, emitido por médico assistente ou do trabalho, obriga à decisão pericial?

De acordo com Resolução do CFM⁽⁸⁾, entre as atribuições e deveres do perito médico de instituições previdenciárias e seguradoras está a de avaliar a capacidade de trabalho do segurado, por meio de exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso que está sendo avaliado.

Dentro do mesmo assunto, Resolução do Cremesp⁽⁹⁾ estabelece que o atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal, para fins de perícia médica, deverá conter informações

sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as consequências à saúde do paciente, podendo sugerir afastamento, readaptação ou aposentadoria, ponderando ao paciente que a decisão caberá ao médico perito.

A partir dessas duas normas deontológicas, poder-se-ia supor que, apesar de a conclusão do médico perito ter primazia em relação à do médico assistente ou do trabalho, informações obtidas pelos outros médicos envolvidos servirão para subsidiar decisões, como as de afastamento do trabalho.

Ou seja, não existem dúvidas de que a opinião do colega, apesar de não contar com peso para a decisão final sob um eventual afastamento, é válida e relevante. Cabe aqui lembrar o teor do item XVIII, Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, que determina que o médico tenha “para com seus colegas, respeito, consideração e solidariedade (...)”.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Norma Regulamentadora nº 7. Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/7.htm>
2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002. Normatiza a emissão de atestados médicos. [on-line]. [Acessado em: 25 de fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3117&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1658&situacao=VIGENTE&data=13-12-2002>
3. Brasil. Lei Federal nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm
4. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.851, de 14 de agosto de 2008. Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos. [on-line]. [Acessado em: 25 de fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7894&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1851&situacao=VIGENTE&data=14-08-2008>
5. Brasil. Norma Regulamentadora nº 4. Serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388128376306AD/NR-04%20%28atualizada%29.pdf>
6. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=8822&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1931&situacao=VIGENTE&data=17-09-2009>
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.488, de 11 de fevereiro de 1998. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. [on-line]. [Acessado em: 25 de fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3011&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1488&situacao=VIGENTE&data=11-02-1998>
9. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 167, de 25 de setembro de 2007. Altera o artigo 8º. da Resolução CREMESP nº 126/05, que dispõe

sobre a realização de perícia médica. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7677&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3o%20Paulo&numero=167&situacao=VIGENTE&data=25-09-2007>

Atestado para gestantes

São documentos emitidos no período de gestação (ou em decorrência deste), com finalidades que incluem regularizar a situação profissional da paciente, algo previsto por lei; praticar atividade física; ou mesmo, voar de avião, já que algumas companhias aéreas exigem que a grávida apresente o documento antes de viajar.

Licença-maternidade

Por volta da 36^a de gestação, a grávida trabalhadora deverá ser submetida a exames clínicos, com seu obstetra, que a habilitam a receber atestado de afastamento para gozar de sua licença-maternidade. Nesse documento, o médico assistente deve restringir-se a especificar a idade gestacional e a data provável do parto (calculado no período que compreende a 38^a e a 42^a semanas de gestação), não referindo se existem problemas clínicos associados.

Na prática, tal atestado é usado para subsidiar a conduta do médico do trabalho para a dispensa por ocasião do parto, possibilitando o direito à licença-maternidade, garantido por lei em textos como a Constituição Federal⁽¹⁾ e a Consolidação das Leis Trabalhistas⁽²⁾.

De acordo com a CLT, mediante atestado médico, a trabalhadora deve notificar o seu empregador a respeito da data do início do afastamento do emprego em virtude da maternidade, que poderá ocorrer entre *o 28º dia antes da data prevista para o parto e a ocorrência deste*.

No caso de parto antecipado, a mulher também terá direito ao período completo de licença-maternidade, que, atualmente, corresponde a quatro

meses (120 dias), ou, ainda, seis meses (180 dias) – situação tornada facultativa às empresas do setor privado desde setembro de 2008⁽³⁾. Funcionárias públicas têm a extensão da licença garantida.

O atestado é usado ainda para justificar a necessidade de aumento dos períodos de repouso antes e depois do parto, em duas semanas cada um, a critério do obstetra, e para propiciar a transferência de função durante a gravidez, sem prejuízos do salário e demais direitos, quando as condições de saúde assim o exigirem, bem como, a retomada da função original, quando do retorno ao trabalho.

As condutas de indicar a transferência de função e, depois, a garantia de retorno ao trabalho original, após o período de afastamento, são de responsabilidade do médico do trabalho que, no atestado de saúde ocupacional, especificará seus motivos no campo “mudança de função”.

Além disso, é destinado às grávidas atestado para assegurar o direito de dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares.

Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de duas semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.

Mulheres que adotarem ou obtiverem guarda judicial para fins de adoção também terão garantida a licença-maternidade, desde que apresentado termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

Vale lembrar que, apesar de a legislação proibir demissões de mulheres em virtude de gravidez ou casamento, é facultado à grávida romper contrato de trabalho, quando investida de função considerada por seu médico assistente como prejudicial à gestação. Tal situação deve ser formalizada por atestado médico.

Licença para amamentar

A mulher trabalhadora tem o direito de amamentar seu filho, de até seis meses de idade, garantido pela legislação. Para tanto, durante o período, pode usufruir de dois descansos especiais de meia hora cada, des-

tinados ao aleitamento. Por razões médicas, o benefício pode ser estendido por um tempo maior.

Em ambas as situações, as solicitações serão formalizadas por atestado expedido por médico assistente, que justificará em documento os motivos do afastamento ou da necessidade da prorrogação do benefício.

Viagem aérea

É comum entre os obstetras aconselhar as gestantes que, a partir do 3º trimestre de gravidez, evitem viajar por longas distâncias, em decorrência da incerteza sobre o acesso a cuidados médicos em caso de propensão à hipertensão, flebite ou parto prematuro. O período considerado mais seguro corresponde ao 2º semestre (idealmente de 18 a 24 semanas), quando apresentam menos riscos de aborto espontâneo ou parto prematuro.

É justamente na fase final da gravidez que a apresentação de um atestado médico recente (emitido, no máximo, 48 horas antes da viagem) pode ser solicitada da grávida pelas companhias aéreas, no sentido de salvaguardar-se de ocorrências inesperadas durante o voo. Em geral, o atestado deverá ser apresentado junto com o Cartão da Gestante

Regras de uma grande companhia aérea internacional

As passageiras gestantes que pretenderem viajar após a 29ª semana de gestação deverão providenciar um atestado ou declaração médica assinada por um médico, em que constem as seguintes informações:

- Confirmação de uma gestação única ou múltipla.
- Gestação está ocorrendo sem complicações.
- Data prevista para o parto.
- Bom estado de saúde.
- Ausência de motivo que possa ser impedimento para a viagem.
- Para a segurança da gestante, se ela optar por não portar um atestado médico, a empresa se reserva o direito, em determinadas circunstâncias, de negar o seu embarque.

(fornecido às grávidas acompanhadas pelo SUS e adotado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/Febrasgo às gestantes acompanhadas em caráter particular), do qual constarão informações sobre o pré-natal, como histórico obstétrico, resultados de exames, esquema de vacinação, entre outras.

Nesse sentido, a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC)⁽⁴⁾ recomenda às companhias que solicitem da gestante um atestado médico permitindo o voo após a 36ª semana de gestação, prazo antecipado para a 32ª semana, em gestação de gemelares. A partir da 38ª semana, a orientação da ANAC é que as grávidas viajem acompanhadas de um médico.

Apesar da variação de condutas de empresa para empresa, a maioria adota a recomendação da ANAC, exigindo atestado de mulheres que pretendem viajar até quatro semanas antes da data prevista para o parto – ou de mulheres com gestação de risco. Como se trata de orientação e não de obrigação, mesmo com autorização médica, a companhia escolhida pode impedir o embarque de grávidas em fim de gestação ou em fase de pós-parto – até sete dias depois do nascimento do bebê.

Voos internacionais seguem as regras da *International Air Transport*

Regras de uma grande companhia aérea nacional

- Até o fim da 35ª semana (aproximadamente 8 meses e meio) não é necessária a apresentação de atestado médico. A partir da 36ª semana (aproximadamente 9 meses) é obrigatória apresentação de atestado médico, especificando data, trecho e tempo de voo máximo permitido.
- Para viagens internacionais, a apresentação de um atestado médico é obrigatória a partir do 8º mês de gestação, até os dez dias que antecedem o parto. A partir daí, não é permitido o embarque.
- No pós-parto, o embarque da mãe e do filho é permitido após o 8º dia do parto, com a apresentação de atestado médico especificando viagem aérea.

Association (IATA), que permitem a viagem de mulheres com até seis meses de gestação, sem qualquer diferenciação dos demais passageiros. A partir do 7º mês, é exigido atestado médico confirmando que a gestante está apta ao transporte aéreo e, no 8º, somente acompanhada pelo médico responsável.

Apesar da variação de condutas, algumas restrições parecem ser válidas à maioria das gestantes. Por exemplo, o voo é contraindicado àquelas que apresentam dores ou sangramento antes do embarque ou com gestação ectópica. É adequado evitar viagens longas, principalmente em casos de incompetência istmo-cervical (*incapacidade do colo uterino de manter uma gravidez, por defeitos anatômicos ou funcionais*), atividade uterina aumentada ou partos anteriores prematuros.

Visando preservar a oferta de oxigênio fetal, as grávidas devem evitar altitudes superiores a 3.658 metros (ou 12.000 pés). Apesar de as aeronaves modernas serem dotadas de sistemas de pressurização (que mantêm a pressão interna da cabine e que permitem altitudes superiores a 14.000 pés com uma margem muito grande de segurança), a despressurização e suas consequências são riscos constantes. (veja mais sobre “viagem aérea de passageiros especiais” na pág. 25)

Modelo de atestado para que grávidas possam voar

A QUEM POSSA INTERESSAR

Nome da paciente.....

Data de nascimento:

Último período menstrual:

Data estimada do parto:

Data estimada do vôo:

Em minha opinião, esta senhora apresenta uma gravidez de único feto, sem complicações, e está na.....semana de gestação. Neste momento, portanto, demonstra-se apta a voar, podendo marcar a viagem em sua companhia aérea.

Atenciosamente

.....Assinatura do médico.

.....Carimbo do médico.

Data:.....

Prática de exercícios

Apesar de não haver determinação legal nessa direção, há academias que exigem de gestantes que apresentem atestado expedido pelo médico assistente (obstetra), antes de aceitar sua matrícula ou renovação à prática esportiva. Intuito: salvaguardar-se de ser corresponsabilizada por eventuais problemas que ocorram dentro de suas instalações, pela falta de bom senso da própria gestante ou de orientação adequada por parte dos instrutores.

Regra geral, o atestado médico destinado a essa finalidade deve ressaltar a ausência de contraindicações para determinados tipos de exercícios, de acordo com o trimestre da gravidez. Academias maiores, que dispõem de “Programas de Gestantes”, podem promover, a cada dois meses, sua própria “avaliação gestacional”, da qual costumam constar anamnese; avaliação postural; avaliação respiratória; e mensuração da pressão arterial, frequência cardíaca e peso, entre outros quesitos.

Na verdade, o rigor poderia até ser diminuído, caso os estabelecimentos contassem com professores de educação física conhecedores dos limites de grávidas e das atividades mais compatíveis com a fase na qual elas se encontram, que incluem atividades regulares aeróbicas, de baixa atividade e intensidade, com os objetivos finais de manter o peso e facilitar o momento do parto.

Alguns equívocos

- Colocar “inapta” a determinada função laboral, apenas pelo fato de ser gestante.
- Quando médico do trabalho, exigir de candidatas a emprego teste de gravidez, se isso não estiver previsto pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (Pcmso)⁽⁵⁾ da empresa.
- Fornecer atestado de afastamento fora do período adequado à licença-maternidade, não por razões médicas, apenas para agradar a paciente.
- Emitir atestado à gestante que não é sua paciente e sem o devido exame clínico.

Dilemas éticos

Gestante no fim do segundo trimestre de gravidez afirma que está “cansada” e solicita atestado para “antecipação” da licença-maternidade. Devo fornecer?

Como já foi ressaltado em várias ocasiões neste livro, um atestado médico é resultante de uma consulta médica. Isso significa, portanto, que se não houver motivos em saúde que justifiquem o afastamento do trabalho da paciente, o atestado e a licença *não* serão alternativas.

Uma relação médico-paciente adequada apontaria mais para um esclarecimento da atendida do que para a simples satisfação de seus desejos momentâneos. Vale a reflexão.

A licença-maternidade poderá ser concedida a partir do 28º dia antes da data prevista do parto e até a ocorrência deste, com exceção das situações de prematuridade. Segundo critério médico, como qualquer outro empregado, a gestante pode ser afastada do trabalho por motivo de doença (o que não equivale ao período de licença-maternidade), caso tenha algum problema não vinculado à gestação.

Empresa na qual atuo como médico do trabalho determina que eu peça exames de gravidez a todas as candidatas, independentemente

da função. Se positivo, a mulher é excluída do processo. Os prontuários das candidatas a emprego são sempre guardados no departamento de Recursos Humanos. Nosso fluxo de trabalho é ético?

Várias incorreções podem ser identificadas na conduta exposta pelo colega e correspondem a infrações ao Código de Ética Médica⁽⁶⁾.

Apenas para citar alguns artigos que podem ser usados nessas situações, existem proibições quanto ao médico renunciar à sua liberdade profissional ou permitir que imposições ou restrições prejudiquem a eficiência e a correção do seu trabalho; quebrar o sigilo a respeito das informações de que tenha conhecimento no desempenho de suas funções; discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto; e permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional, quando sob sua responsabilidade.

Portanto, uma atitude ética deveria ser pautada pela não discriminação, atenção à condição de seus pacientes e respeito aos seus segredos.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Brasil. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm
3. Brasil. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm
4. Agência Nacional da Aviação Civil. Guia ANAC 2009: Informações ao Passageiro do Transporte Aéreo. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www2.anac.gov.br/arquivos/pdf/guiaanac2009.pdf>
5. Brasil. Norma Regulamentadora nº 7. Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/7.htm>
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=8822&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1931&situacao=VIGENTE&data=17-09-2009>

Atestado de Óbito

O atestado de óbito tem como finalidade não só a constatação do óbito, mas também determinar a causa da morte e atender às necessidades de ordem legal e médica-sanitária.

O médico assistente do paciente está sujeito a preceitos legais e éticos que o obrigam ou o proíbem de declarar, ou atestar, o óbito. Dessa maneira, não deve assinar declarações de óbito em branco, preencher o documento sem constatar pessoalmente o óbito e rasurar o documento, o que o invalida legalmente. Além disso, precisa evitar o uso de termos vagos como “parada cardíaca”; “parada cardiorrespiratória e falência múltipla dos órgãos”, bem como, evitar o uso de abreviaturas, sinais, sintomas, resultados de exames e os modos de morrer, como “assistolia” ou “dissociação eletromecânica”.

As informações contidas no atestado de óbito constituem-se em instrumento valioso em epidemiologia e administração sanitária, razão pela qual é de suma importância o seu correto preenchimento. Porém, o médico, em sua formação acadêmica, recebe pouca orientação quanto a essa matéria, lacuna preenchida pela criação do “Centro de Organização Mundial de Saúde para a Classificação de Doenças em Português” (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças), em 1976, funcionando junto ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em convênio com o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial da Saúde, que procura esclarecer, orientar e auxiliar médicos e estudantes quanto ao correto preenchimento e importância do atestado de óbito.

Pequeno histórico

Em 1925, a Comissão de Saúde da Liga das Nações publicou informe propondo um modelo único de atestado de óbito, já que cada país utilizava-se de um modelo diferente.

No Brasil, os atestados de óbito eram emitidos em via única no próprio receituário médico. Oscar Freire, em 1919, fez gestões junto à Sociedade de Medicina e Cirurgia para que o atestado de óbito fosse emitido em duas vias, com as informações necessárias, sendo uma via destinada ao arquivamento no cartório e a segunda para fins de elaboração de estatística de mortalidade junto à repartição competente.

O modelo internacional do atestado padronizado, instituído por ocasião da Sexta Revisão da Classificação Internacional de Doenças em 1948, foi adotado no Brasil em 1950 e, hoje, o atestado de óbito constitui-se em um impresso padronizado, em modelo único em três vias, denominada Declaração de Óbito, subdividida em 8 (oito) campos, respectivamente - I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII, sendo fornecida pelo Ministério da Saúde.

A parte médica, propriamente dita, da Declaração de Óbito é identificada como campo VI, portanto é o único documento médico legal impresso de forma padronizada, assim como o único atestado médico com o qual, em algum tempo, todos os indivíduos serão contemplados.

O atual modelo, acrescido da linha “d” na Parte I do campo VI, referente ao atestado médico da Declaração de Óbito, foi adotado pelo Brasil em 1996, com a adoção da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

A quem se destina a declaração de óbito?

A declaração de óbito é constituída por um jogo de três folhas autocopiativas prenumeradas sequencialmente, a serem preenchidas pelo médico. Tais jogos são fornecidos pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A primeira via do documento permanece arquivada no Cartório de Registro Civil; a segunda é encaminhada à Secretaria de Saúde para alimentar o Sistema de Informação de

Mortalidade para fins demográfico-sanitários; e a terceira fica arquivada no serviço médico que o emitiu, sendo anexada ao prontuário médico.

Fundamentos legais e deontológicos

O atestado de óbito impõe-se por exigência legal e, já no início do século passado, o decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regulamentava e fiscalizava o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil estabelecia que:

“Art. 15 - São deveres dos médicos:

e) atestar o óbito em impressos fornecidos pelas repartições sanitárias, com a exata causa mortis, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demógrafo-sanitária.”

O Código Civil Brasileiro⁽¹⁾ estabelece que a personalidade civil do homem começa com o nascimento com vida e que a existência da pessoa natural termina com a morte, mandando, ainda, inscrever em registro público os eventos, como o nascimento e morte das pessoas.

“Art. 2º. A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Art. 6º. A existência da pessoa natural termina com a morte; presume-se esta, quanto aos ausentes, nos casos em que a lei autoriza a abertura de sucessão definitiva.

Art. 9º. Serão registrados em registro público:

I - os nascimentos, casamentos e óbitos;”

A Lei nº 6015, de 31 de dezembro de 1973⁽²⁾, que dispõe sobre os registros públicos, reza:

Art. 50. Todo nascimento que ocorrer no território nacional deverá ser dado a registro, no lugar em que tiver ocorrido o parto ou no lugar da residência dos pais, dentro do prazo de quinze dias, que será ampliado em até três meses para os lugares distantes mais de trinta quilômetros da sede do cartório. (Redação dada pela Lei nº 9.053, de 1995).

Art. 53. No caso de ter a criança nascido morta ou no de ter morrido

na ocasião do parto, será, não obstante, feito o assento com os elementos que couberem e com remissão ao do óbito. (Renumerado do Art. 54, com nova redação, pela Lei nº 6.216, de 1975)⁽³⁾.

§ 1º No caso de ter a criança nascido morta, será o registro feito no livro “C Auxiliar”, com os elementos que couberem. (Incluído pela Lei nº 6.216, de 1975).

§ 2º No caso de a criança morrer na ocasião do parto, tendo, entretanto, respirado, serão feitos os dois assentos, o de nascimento e o de óbito, com os elementos cabíveis e com remissões recíprocas. (Incluído pela Lei nº 6.216, de 1975).

“Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte. (Renumerado do Art. 78 com nova redação pela Lei nº 6216, de 30 de junho de 1975).

§ 1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito. (Redação dada pela Lei nº 6216, de 30 de junho de 1975).

§ 2º A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária. (Incluído pela Lei nº 6216, de 30 de junho de 1975).”

Art. 78. Na impossibilidade de ser feito o registro dentro de 24 (vinte e quatro) horas do falecimento, pela distância ou qualquer outro motivo relevante, o assento será lavrado depois, com a maior urgência, e dentro dos prazos fixados no Artigo 50. (Renumerado do Art. 79 pela Lei nº 6.216, de 1975).

Art. 88. Poderão os Juízes togados admitir justificação para o assento de óbito de pessoas desaparecidas em naufrágio, inundação, incêndio, ter-

remoto ou qualquer outra catástrofe, quando estiver provada a sua presença no local do desastre e não for possível encontrar-se o cadáver para exame. (Renumerado do Art. 89 pela Lei nº 6.216, de 1975).

Parágrafo único. Será também admitida a justificação no caso de desaparecimento em campanha, provados a impossibilidade de ter sido feito o registro nos termos do Artigo 85 e os fatos que convençam da ocorrência do óbito.

Dispõe o Código de Processo Penal⁽⁴⁾, no capítulo em que trata do exame do corpo de delito e das perícias em geral, no Art. 158:

“Art. 158. Quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado.

Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008).”

A Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (5), em seu Art. 8º determina:

“Art. 8º. Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito – D O, constante no Anexo I desta Portaria, como documento padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta dos dados sobre óbitos e indispensável para a lavratura, pelos Cartórios do Registro Civil, da Certidão de Óbito.”

Finalmente:

A Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, que aprova o novo Código de Ética Médica (6), deixa claro:

É vedado ao médico

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

A Resolução CFM nº 1.641/02⁽⁷⁾:

Art. 1º. É vedado ao médico conceder declaração de óbito em que o evento que levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato

ser comunicado à autoridade policial competente a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao IML, para verificação da causa da morte.

Há previsão legal do preenchimento da Declaração de Óbito por leigos, quando do óbito em localidade sem médicos:

Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte. (Renumerado do art. 78 com nova redação, pela Lei nº 6.216, de 1975). Colocar A no lugar de a em art.

Para peças anatómicas retiradas por ato cirúrgico – Resolução RCD 306/04, ANVISA – Para serem sepultadas, fazer um relatório em papel timbrado com descrição do procedimento realizado, que será apresentado ao departamento administrativo do cemitério.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005⁽⁸⁾

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal: Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais: A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Preenchimento

Em princípio, o preenchimento da Declaração de Óbito não oferece dificuldades, pois seus campos são autoexplicativos, com as orientações pertinentes no verso, com exceção do campo VI, do atestado médico propriamente dito, que pelo seu aspecto técnico pode suscitar alguma dúvida.

Portanto, temos:

Campo I

Espaço reservado ao Cartório de Registro Civil.

Campo II

Identificação do falecido.

O médico, de posse de documento pessoal do falecido, deverá preencher todos os campos de forma completa, não se permitindo rasuras.

Campo III

Endereço do falecido.

Campo IV

Informações sobre o local do óbito.

Campo V

Deve ser preenchido apenas nos casos de óbito fetal ou em óbitos de menores de um ano. Instruções no verso da Declaração de Óbito.

Campo VI

O preenchimento do campo VI está intimamente relacionado ao diagnóstico da causa da morte, assim, por conveniência, abordaremos esse assunto no tópico a seguir.

Campo VII

Informações do médico emitente do atestado.

Campo VIII

Informações das circunstâncias da morte. Como regra geral, não se aplica aos casos de mortes naturais, mas aos casos de natureza policial, portanto sob a responsabilidade do Instituto Médico-Legal, que, em geral, o preenche baseado nas informações do Boletim de Ocorrência Policial.

Causa da morte

No campo VI, está incluído o aspecto médico do atestado, pois envolve o diagnóstico mais preciso possível da causa e circunstâncias da morte, informações preciosas para a finalidade de tabulação dos dados referentes aos aspectos clínicos, patológicos e sanitários, enfim, dados de interesse epidemiológico sobre a doença e seu desfecho fatal, assim como óbitos decorrentes de violências.

Consta de duas partes:

■ Parte I

alíneas (“a”, “b”, “c”, “d”)

- as alíneas “a”, “b”, “c” – complicações da causa básica.
- a alínea “d” – causa básica.

■ Parte II

causas contribuintes

Para o correto preenchimento, é necessário entender a morte como *um processo*, isso é, com início, meio e fim. Portanto, a partir da causa básica da morte, que nada mais é do que a doença diagnosticada durante o acompanhamento de um paciente, surgem sucessivamente causas consequentes e conexas (quadros clínicos intermediários) que, por fim, chegam à causa terminal ou imediata, constituindo as informações constantes na parte I.

Nesse aspecto, a doença ou lesão dando início ao processo constitui a chamada causa básica da morte, informação mais importante sob a ótica epidemiológica, evento que iniciou o processo da morte, caracterizado como a doença ou lesão que inicia a sequência de estados mórbidos,

ou as circunstâncias do acidente ou da violência, que levou diretamente à morte, dando prosseguimento aos eventos secundários, ou consequentes, na direção e no sentido da causa terminal ou imediata da morte, o que nem sempre é possível.

Na parte II, devem constar as doenças que o paciente era portador, mas que não estejam diretamente relacionadas à causa terminal da morte.

Tira-dúvidas sobre preenchimento

- Não é obrigatório que a causa básica da morte seja registrada na linha “d”, mas é importante que ela esteja presente na última linha da parte I.
- Nem todas as linhas anteriores precisam ser preenchidas.
- Se não houver linhas suficientes na parte I - Como as estatísticas de mortalidade são elaboradas a partir da causa básica da morte, que sempre deverá ser preservada, é permitido excluir as causas de menor interesse.
- Caso os diagnósticos sejam fundamentais para a elaboração da sequência de causas, é possível informar dois diagnósticos em uma mesma linha, tornando clara a relação causal. Por exemplo, morte por “hemorragia digestiva alta por varizes de esôfago”.
- Em neoplasias, sempre indicar a localização primária e a natureza, se benigna ou maligna. Se a localização primária for desconhecida, registrar como “neoplasia maligna de sítio primário desconhecido”.
- Em óbitos de recém-nascidos e natimortos, registrar a doença materna, uma vez que ela é a causa básica da morte.
- Em situação de morte consequente à cirurgia, declarar a causa que levou à indicação da cirurgia, pois essa é a causa básica da morte.

Emissão

Em princípio, cabe ao médico assistente do paciente a constatação do óbito e a devida emissão do respectivo atestado, ressaltando-se que o óbito deve ser diagnosticado, logo, é vedado 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, conforme preceitua o Código de Ética Médica. Assim, impõem-se duas exceções a essa regra:

- a) nos casos de morte violenta ou suspeita;
- b) nos casos de morte sem assistência médica.

Da mesma forma, na morte que ocorre no transcurso de tratamento de situações de ação de agentes exógenos (morte metatraumática), como traumas, intoxicações, envenenamentos, etc., ou seja, em virtude de violência, é vedada a emissão de atestado de óbito pelo médico assistente. Nessa situação, o médico assistente, ou a instituição, deve comunicar a Delegacia de Polícia da circunscrição, que tomará as devidas providências legais.

É da competência do hospital a emissão do atestado de óbito para todos os casos de óbito hospitalar, desde que se conheça a causa básica da morte, exceto para os casos de morte violenta ou suspeita.

Em situação excepcional, quando da impossibilidade do médico assistente do paciente, a emissão do atestado de óbito ficará a cargo do seu substituto ou do plantonista que, de posse de todas as informações necessárias da ficha de atendimento ou do prontuário hospitalar, deve constatar o óbito e emitir o devido atestado. Deve-se ressaltar que a situação definida como impossibilidade do médico assistente não pode ser entendida como a simples ausência no ambiente hospitalar, mas a real impossibilidade de sua presença para a emissão do atestado de óbito.

Não é raro que, em ambiente hospitalar, durante a evolução clínica de uma determinada doença, ocorra o óbito e que, por uma questão de interesse científico, suscite-se a possibilidade de autópsia que, no entanto, somente será possível com a colaboração do familiar responsável, visto que inexiste norma legal que o obrigue ao exame. Na recusa, o médico assistente obriga-se à emissão do atestado de óbito.

Além disso, as situações nas quais há dificuldade ou impossibilidade de se determinar a causa terminal de morte não desobrigam o médico assistente de emitir o atestado de óbito, desde que se tenha conhecimento da causa básica, isso é, da doença que o levou ao ambiente hospitalar, devendo fazer constar, como causa terminal, a morte súbita, se o óbito ocorreu de forma inesperada.

Médico assistente do falecido?

Outra dúvida, bastante comum, relaciona-se às situações em que familiares de pacientes de longa data, porém sem retornos recentes para consultas ou acompanhamentos, procuram o médico para a emissão do atestado de óbito, gerando a questão: *qual seria o limite de tempo para se considerar ‘o médico assistente’ do falecido?*

Entendemos ser fundamental uma boa parcela de bom senso, refletindo sobre a razão pela qual os familiares o consideram como tal. Para decidir se vai ou não fornecer o atestado, o médico também deve considerar o perfil daquele que foi paciente: se a periodicidade de seus retornos eram regulares, porém espaçadas por períodos longos (por exemplo, anuais); ou simplesmente irregulares.

Ressalte-se que, se não se sentir seguro de que é, realmente, “o médico assistente” daquela pessoa, fica-lhe assegurado o direito de não ser obrigado a assumir-se como tal.

Outra situação, de ocorrência comum, é o recebimento, em pronto-socorro, de paciente cujo diagnóstico da doença de base não foi determinado – e o mesmo vai a óbito, portanto impossibilitando a emissão do atestado de óbito pelo serviço de atendimento.

Tal situação justifica que familiares chamem o médico assistente do falecido para a emissão do atestado de óbito do paciente que estava sob seu acompanhamento.

Morte violenta

Em situação de morte violenta, como nos casos de acidente, homicídio ou suicídio, ou ainda na morte, dita suspeita, como de pessoa não

identificada ou encontrada morta na via pública, situações de investigação policial e interesse judicial ou morte de pessoa sob custódia do Estado, cabe a responsabilidade da emissão do atestado de óbito, por determinação legal, aos Institutos Médicos-Legais.

Morte sem assistência

Como acontece em assuntos que ainda se encontram em discussão – e a respeito dos quais nem sempre se chega ao consenso – existem duas posições distintas em relação ao tema “morte sem assistência”. Por princípio bioético, decisões desse tipo, muitas vezes, merecerão análise caso a caso.

Por um lado, há a postura de que o médico *não deveria* emitir atestado de óbito no caso de ser solicitado para atender pessoa falecida na residência, e sem assistência médica, ou quando a pessoa chega morta ao serviço médico, sem as informações necessárias para a determinação da causa básica da morte.

Nessa situação, cabe ao médico orientar a família, no sentido de comunicar a delegacia de polícia da circunscrição, que tomará as providências apropriadas para o encaminhamento ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) do município ou ao Instituto Médico Legal (IML), de acordo com as circunstâncias apuradas pela autoridade policial.

Após exame necroscópico, o SVO emitirá o atestado de óbito firmando o diagnóstico da causa básica da morte. A causa terminal nem sempre é encontrada e, por isso, não é raro que seja referida pelo SVO como “não identificada”.

Existem, ainda, muitos municípios sem SVO – apesar do esforço do Ministério da Saúde, no sentido de implementar a Rede Nacional de SVO. Nessa situação, a emissão do atestado de óbito em morte sem assistência passa a ser responsabilidade do médico da Secretaria de Estado da Saúde e, na sua inexistência, de qualquer médico local, que declarará o “óbito sem assistência médica”.

Em relação ao tema, pode-se ponderar por outra conduta, sugerida a partir da experiência de médicos cuja rotina profissional é vivenciada em cidades do interior e que atendem um número significativo de

pacientes idosos. Para eles, “o médico não deve se omitir de sua responsabilidade e simplesmente criar mais um problema, em momento de grande dor dos familiares”.

Consideram que, quando solicitados a atender pessoa falecida na residência, e sem assistência médica, ou que chega morta ao serviço médico, principalmente em localidade sem SVO, deve-se obter informações através da anamnese, com os familiares ou responsáveis, sobre as circunstâncias da morte, o passado médico do paciente, o uso de medicamentos, assim como, examinar o cadáver à procura de informações que permitam definir uma causa de morte, não esquecendo que essa avaliação deve constar em prontuário aberto na situação presente (como usualmente é feito no atendimento de pessoas vivas).

Não havendo indícios de morte violenta nas informações colhidas e no exame realizado, essa parcela de médicos argumenta que não cabe a si levantar suspeitas inconsistentes, devendo-se transferir para autoridade policial apenas os casos em que realmente não seja possível obter tais dados, por falta da presença de familiares.

Localidades onde não há médicos

Em localidades sem a presença de serviços médicos, a constatação do óbito e a Declaração de Óbito serão efetuadas por duas testemunhas qualificadas, que assinarão o documento em campo próprio, permanecendo em branco o campo destinado ao atestado médico.

Atendimento por não médico

Resolução do CFM⁽⁷⁾ proíbe os médicos de emitir declaração de óbito quando o evento que levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo.

Como exemplo, pode-se citar óbito de paciente em virtude de atendimento odontológico. Nessa situação, tal fato deve ser comunicado à autoridade policial competente, a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal, para verificação da *causa mortis*.

Situações especiais

Aborto/Morte da Parturiente/Óbito Fetal

De acordo com Resolução do CFM⁽⁸⁾, em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros, devendo ser consignado natimorto da paciente. Portanto, em caso de abortamento, desde que abaixo das medidas acima referidas, não é necessária a emissão do atestado de óbito. O melhor destino para o produto do abortamento seria a incineração, como no caso de peça anatômica. Caso a família insistir no sepultamento, será necessário o atestado de óbito, sem o qual não será possível realizá-lo, devendo ser consignado, também, natimorto da paciente.

Não será demais esclarecer que, nessa situação obstétrica, existem duas formas para a emissão do atestado de óbito:

a. pelo obstetra – nos casos de óbito da parturiente, morte fetal (natimorto), ou eventualmente no abortamento, observadas as recomendações acima, do CFM, referentes ao peso e à idade gestacional;

b. pelo pediatra – nos casos de óbito após nascimento com sinais de vida, independentemente do tempo de sobrevivência.

Peças anatômicas

Peças anatômicas são definidas como órgãos, vísceras ou membros retirados, em parte ou no seu todo, de um paciente por ato cirúrgico. Nunca deverá ser emitido atestado de óbito em amputações de segmentos, visto que o atestado refere-se à morte de um indivíduo, o que não se aplica a parte do corpo humano. O melhor destino seria dar o tratamento como lixo hospitalar e incinerá-las, mas na sua impossibilidade, ou a pedido do interessado, poderão ser sepultados e, nessa situação, o hospital deve elaborar um relatório e oficiará o serviço funerário para o encaminhamento da peça à administração do cemitério.

Cremação

A cremação de cadáver somente será feita àquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado, ou no interesse da saúde pública, e se o atestado de óbito houver sido firmado por dois médicos. No caso de morte violenta, bastará a emissão por um médico legista, que deverá manifestar a sua não oposição à cremação que, depois, será, ou não, autorizada pela autoridade judiciária.

Declaração de Nascido Vivo⁽⁹⁾

Trata-se de documento configurando que a mulher passou por um trabalho de parto e que seu filho nasceu vivo. Parte integrante do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sisnasc), criado em 1990 pelo Ministério da Saúde, a declaração é obrigatória em todos os nascimentos vivos ocorridos nas unidades de internação ou de emergência e no domicílio. Sem esse documento, é impossível registrar a criança.

Segundo definição presente no verso do próprio documento, “nascido vivo” corresponde à “expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção, que, depois da separação, respire ou apresente qualquer sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos da musculatura de contração voluntária, estando ou não cortados o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta”.

Dessa forma, a criança que nasce apresentando “sinal de vida”, qualquer que seja o tempo de gestação, deve ser considerada nascida viva e, como tal, objeto de uma Declaração de Nascido Vivo e

posterior registro de nascimento em cartório.

Normalmente, a declaração é preenchida pelo médico que assistiu ao nascimento (se não for possível, pela diretoria da instituição); por enfermeiros ou funcionários capacitados, de próprio punho, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde ou da instituição onde ocorrer o parto.

O formulário da Declaração de Nascido Vivo é composto de três vias: *branca*, que ficará no estabelecimento onde foi preenchida e será coletada pelo órgão competente municipal; *amarela*, destinada à família, que deverá apresentá-la no cartório no momento do registro civil da criança; e *rosa*, que se destina às Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo como objetivo a localização da puérpera e do recém-nascido para o planejamento de ações de saúde específicas.

Nos casos de nascidos mortos, deve ser preenchida apenas a Declaração de Óbito, anotando-se, no local apropriado, tratar-se de óbito fetal. Na situação de nascimento com sinais de vida, seguido de morte, devem ser preenchidos o Atestado de Nascido Vivo e, logo a seguir, o Atestado de Óbito.

ATESTADO DE ÓBITO

Modelo de declaração de óbito (frente)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito		19793685-7	
I	Identificação	1 Tipo de óbito 1 ☐ Fetal 2 ☐ Não Fetal		2 Data do óbito	
		3 Nome do Falecido		4 Naturalidade	
		5 Nome do Pai		6 Nome da Mãe	
II	Residência	7 Data de nascimento		8 Idade	
		9 Sexo		10 Raça/Cor	
		11 Escolaridade (última série concluída)		12 Situação conjugal	
III	Ocorrência	13 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		14 CEP	
		15 Bairro/Distrito		16 Município de residência	
		17 Local de ocorrência do óbito		18 Estabelecimento	
IV	Fetal ou menor que 1 ano	19 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)		20 CEP	
		21 Bairro/Distrito		22 Município de ocorrência	
		23 Local de ocorrência do óbito		24 Estabelecimento	
V	Condições e causas do óbito	25 Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe		26 Ocupação habitual	
		27 Idade (anos)		28 Escolaridade (última série concluída)	
		29 Número de filhos vivos		30 Nº de semanas de gestação	
VI	Médico	31 Tipo de gravidez		32 Tipo de parto	
		33 Morte em relação ao parto		34 Peso ao nascer	
		35 Número da Declaração de Nascimento		36 Número da Declaração de Nascimento	
VII	Causas externas	37 Óbito de mulher em idade fértil		38 Assistência médica	
		39 A morte ocorreu		40 Diagnóstico confirmado por	
		41 Causas da morte		42 Anote somente um diagnóstico por linha	
VIII	Cartório	43 Nome do Médico		44 CRM	
		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		46 Data do atestado	
		47 Assinatura		48 Obito atestado por Médico	
IX	Localidade	49 Prováveis circunstâncias de morte não natural		50 Fonte da informação	
		51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		52 Município e UF do SVO ou IML	
		53 Se a ocorrência for em via pública, anotar o endereço		54 Cartório	
55 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		56 Código		57 Registro	
58 Data		59 Data		60 UF	
61 Declarante		62 Testemunhas		63 Assinatura	
64 Assinatura		65 Assinatura		66 Assinatura	

Modelo de declaração de óbito (verso)

DEFINIÇÕES:

(De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (10ª revisão) - CID-10)

1 - Nascimento vivo: É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção o qual, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

2 - Óbito fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da Mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de o feto, depois da expulsão do corpo materno, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

3 - Causas de morte: As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões.

4 - Causa básica de morte: A causa básica de morte é definida como: a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

LEGISLAÇÃO:

(Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973 com a redação alterada pela Lei nº 6.216, de 1975)

CAPÍTULO IX DO ÓBITO

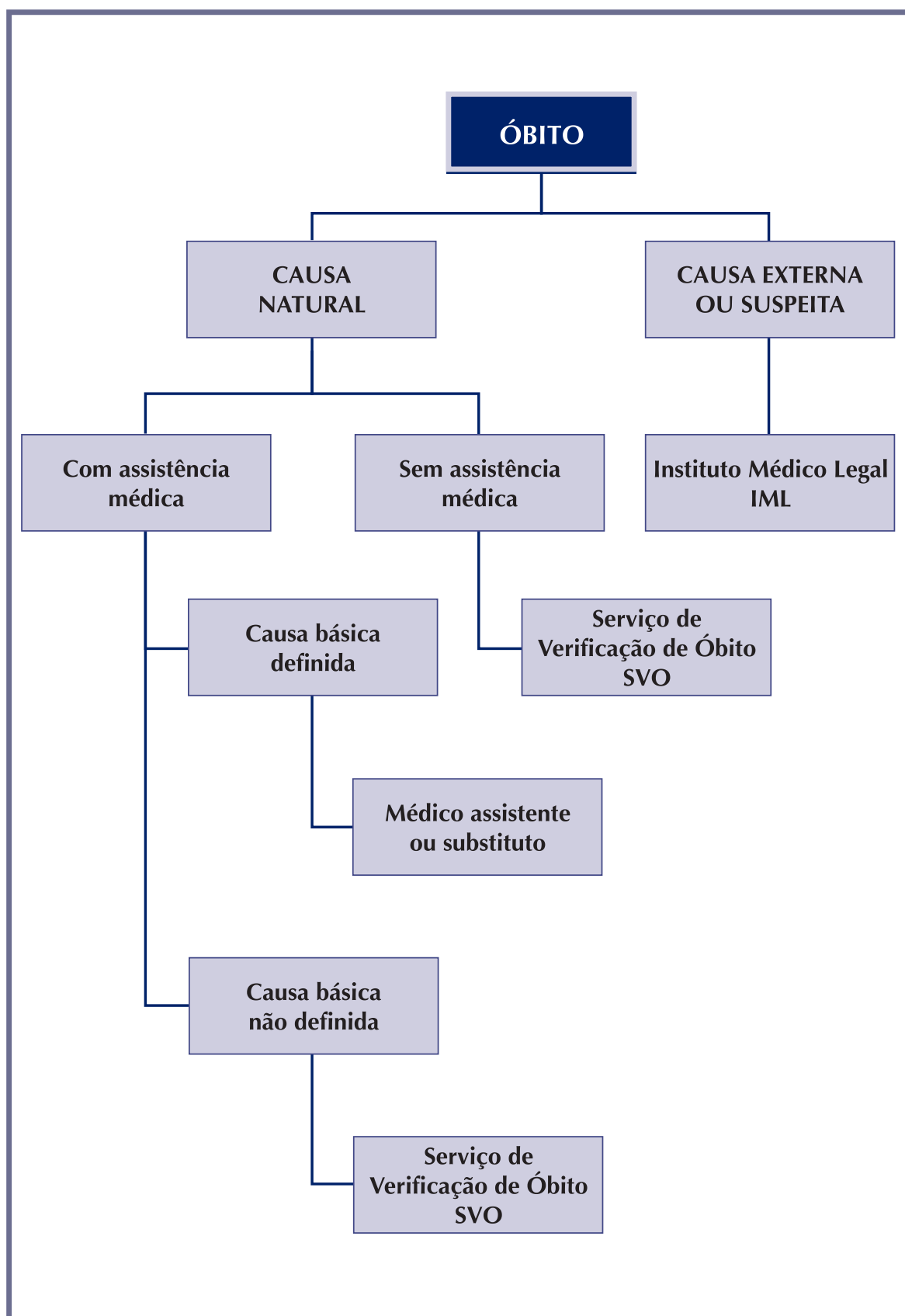
Art. 77 - Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.



Esquema representativo sobre os destinos do cadáver



Glossário

Aborto – em obstetrícia, considera-se aborto o óbito fetal precoce. Por outro lado, em medicina legal criminal, aborto significa a interrupção da gestação, com expulsão ou não do conceito, independentemente da idade gestacional.

Causa básica da morte – evento que iniciou o processo da morte, caracterizado como a doença ou lesão que inicia a sequência de estados mórbidos. Portanto, constitui-se na doença básica, ou circunstâncias do acidente ou da violência, que levou ao aparecimento dos eventos intermediários, ou consequentes, na direção e no sentido da morte.

Causa terminal ou imediata da morte – o evento final que efetivou o óbito, caracterizando um diagnóstico clínico ou um quadro clínico final que se tornou irreversível. Sendo um diagnóstico clínico, como choque, insuficiência respiratória, fibrilação ventricular, etc., seu diagnóstico pode não ser realizado mesmo com uma autópsia.

Instituto Médico Legal (IML) – instituição com atribuição e competência para os exames necessários e emissão do atestado de óbito nos casos de mortes violenta ou suspeita, mediante requisição da Autoridade Policial.

Morte de causa natural – aplica-se aos casos em que o óbito decorreu em virtude das várias doenças existentes na população, portanto a melhor denominação seria morte de causas usuais. A verdadeira causa natural de óbito seria em decorrência do envelhecimento, isso é, da senilidade, mas o conceito de morte de causa natural ficou consagrado pelo uso.

Morte súbita – considera-se no caso de óbito inesperado no transcurso da assistência médica e quando não se acompanhou o processo da morte, podendo ser apontado como causa terminal da morte.

Morte suspeita – deve ser considerado como tal, o óbito constatado em circunstâncias inesperadas, não esclarecidas e sem causa evidente, como, por exemplo, óbito em via pública, óbito de pessoa não identificada, morte de pessoas sob custódia do Estado, etc.

Morte violenta – aplica-se aos casos em que o óbito é resultante da ação de agente lesivo exógeno, mesmo que ocorra tardiamente, desde que guarde nexos causal com o evento inicial. No transcurso de tratamento das lesões decorrentes da violência, pode ocorrer o óbito devido a complicações clínicas e é denominado, em medicina legal, como óbito decorrente de doença metatraumática, sendo considerada, para fins legais, morte violenta. Enquadra-se nessa modalidade as mortes decorrentes de acidente, homicídio, suicídio, aborto provocado ou qualquer modalidade de violência.

Nascimento Vivo – Nascido vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortados o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Assim, a criança que nasce apresentando “sinal de vida”, qualquer que seja o tempo de gestação, deve ser considerada nascida viva e, como tal, objeto de uma Declaração de Nascido Vivo (DNV) – e devido registro de nascimento em cartório.

Óbito fetal/perda fetal/morte fetal – morte do produto da concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação, devendo constar no atestado como natimorto da parturiente. O tempo é utilizado apenas para classificar as perdas fetais em: a) precoce, quando o feto tem menos de 20 semanas de vida intrauterina; b) intermediária, quando tem entre 20 e 27 semanas; e c) tardia, quando tem 28 ou mais semanas.

Óbito hospitalar – considera-se o óbito que ocorre no hospital, após o registro do paciente.

Óbito com assistência médica – óbito de paciente em acompanhamento regular, independentemente da periodicidade, seja diário, semanal, mensal ou anual, sendo o fator determinante a regularidade e não a periodi-

cidade e a possibilidade do óbito guardar relação de causalidade com a doença pela qual era acompanhada.

Óbito sem assistência médica – óbito de pessoa sem nenhuma forma de acompanhamento médico, podendo-se equiparar a situação quando de paciente com consultas esporádicas e irregulares, assim como de paciente de determinadas especialidades quando em acompanhamento de doenças que não possam ter relação com a causa de morte. Nessas situações, será da competência do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) a emissão do atestado de óbito, em municípios onde exista tal serviço, caso contrário, será de responsabilidade do médico da Secretaria de Estado da Saúde e, na sua inexistência, de qualquer médico local que declarará o óbito sem assistência médica.

Serviço de Verificação de Óbito (SVO) – instituição com atribuição e competência para realizar os exames necessários e emissão do atestado de óbito nos casos de morte de causa natural e sem assistência médica.

Alguns equívocos

- Atestar o óbito sem examinar o cadáver.
- Recusar-se a emitir atestado à pessoa a quem vinha acompanhando.
- Cobrar pelo atestado de óbito em si. Seguindo a própria autonomia, o profissional pode optar por cobrar ou não pelo tempo despendido e/ou pelo deslocamento ao local em que está o corpo.
- Omitir a doença de base no preenchimento do atestado de óbito.
- Formular atestados imprecisos: “parada cardiorrespiratória” é uma consequência do processo de morte, não sua causa.

Dilemas éticos

Paciente atendido por mim morre em casa. Família solicita que eu o examine e assine um atestado de óbito. Posso cobrar honorários?

Como o atestado é resultado de um ato médico, no caso, a constatação do óbito, esta poderá ser cobrada.

Se for a intenção, é prudente abordar o assunto em um momento mais oportuno do que seria o que segue à morte de um ente querido. Quando chegar a ocasião, para evitar constrangimentos, vale explicar à família que o que está sendo cobrado não é o documento em si, mas o tempo necessário ao seu deslocamento até o local em que o corpo está, bem como, à averiguação da morte.

Por outro lado, refletindo sobre a questão da relação médico-paciente, uma das bases mais sólidas de um atendimento, talvez não seja esperado cobrar de uma família enlutada o procedimento necessário para atestar o óbito de um paciente seu.

A decisão vai depender da autonomia de cada profissional.

Amiga pede para que eu forneça atestado de óbito por ocasião da morte de sua mãe idosa, em casa, mas que não era minha paciente. Devo atender?

Não age corretamente o médico que atestar a morte sem ter prestado

assistência; sem conhecer o paciente e/ou examinar o corpo. Se assim o fizer, pode ser punido por infração ao Código Penal e ao Código de Ética Médica.

Entretanto, em situações em que não for possível encontrar o médico responsável pelo atendimento por ocasião de morte durante internação hospitalar, ou mesmo, falecimento de pacientes em casa (em geral, idosos, com doenças de longa data, como a mencionada acima), o profissional poderá preencher e assinar o atestado como “médico substituto”.

De qualquer jeito, a melhor conduta será, sempre que possível, conversar com o colega assistente sobre o histórico daquele paciente antes de emitir o documento.

Paciente é atropelado. Depois de meses de internação, vai para casa, com sequelas. Acaba morrendo em virtude de septicemia, consequente do acidente. Devo atestar a morte como trauma ou como a doença final que causou a morte?

Em situações como essa, em que há morte violenta (bem como quando há morte suspeita e doença metatraumática no decurso de um tratamento), não cabe ao médico assistente ou substituto atestar o óbito. É exigido, por lei, que encaminhe o corpo ao Instituto Médico Legal (IML), para a averiguação.

No entanto, em condições “normais”, é imprescindível que, por razões éticas e epidemiológicas, sejam atestados os motivos que culminaram, ao fim, em morte. Para tanto, o médico deve usar sua perícia técnica para estabelecer um *nexo causal* entre um evento e outro.

Ou seja, ao preencher o atestado, indicar as causas da morte, especificando, na primeira linha do documento, qual foi a doença ou estado mórbido que causou diretamente o óbito. Na sequência, quais foram as causas antecedentes, isso é, estados mórbidos, se existirem, que produziram a situação acima registrada, mencionando, em último lugar, sua causa básica.

Adotemos como exemplo a morte de um paciente em virtude de consequências de Aids, que culminaram em septicemia. A sugestão é preencher os campos voltados às “causas” seguindo, por exemplo, a lógica:

CAUSAS DA MORTE

Parte I

- a) Septicemia devida ou como consequência de:
- b) Pneumonia devida ou como consequência de:
- c) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Agindo assim, além de manter a esperada postura ético-profissional, o colega estará coletando subsídios para responder a eventuais questionamentos futuros em relação ao documento.

Médico pode emitir atestado de óbito para parente seu?

Não existe nenhum impedimento ético ou legal de o médico realizar a verificação do óbito e emitir atestado para um familiar – contanto que tenha atuado como médico assistente daquele paciente ou como substituto (ver caso anterior), e que consiga estabelecer um nexo entre a morte e o que provavelmente a tenha causado.

Nenhuma norma impede que o médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina no Estado onde pratica sua arte médica atenda seus familiares. Tudo vai depender de disposições de foro íntimo.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm
2. Brasil. Lei Federal nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos [online]. [Acessado em: 25 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015.htm
3. Brasil. Lei Federal nº 6.216, de 30 de junho de 1975. Altera a Lei nº 6.015/73 que dispõe sobre os registros públicos. [online]. [Acessado em: 28 março 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6216.htm
4. Brasil. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal [online]. [Acessado em: 26 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. [online]. [Acessado em: 26 fevereiro 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_20_03.pdf
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 25 de fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=8822&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1931&situacao=VIGENTE&data=17-09-2009>
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1641, de 12 de julho de 2002. Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3104&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1641&situacao=VIGENTE&data=12-07-2002>
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito [online]. [Acessado em: 26 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6285&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1779&situacao=VIGENTE&data=11-11-2005>
9. Declaração de Nascido Vivo. Documento de identidade provisória, aceito em todo o território nacional. [online]. [Acessado em: 26 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/para/servicos/documentacao/declaracao-de-nascido-vivo>

Atestados envolvendo o médico e as seguradoras

A relação entre o médico assistente e as seguradoras/operadoras de planos de saúde carrega aspectos muito delicados, uma vez que tem como personagem central o paciente, detentor do segredo de todas as informações contidas no prontuário.

Em determinadas situações, no entanto, tais empresas solicitam ao médico detalhes sobre o paciente. O fornecimento desses dados poderá ser de interesse do atendido, ocasião em que o médico deverá orientá-lo quanto às consequências de revelar certas informações.

Para lidar com tais circunstâncias, vale lembrar que:

- o sigilo profissional médico é direito do paciente e dever do profissional (“Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar eu conservarei inteiramente secreto.” - Juramento de Hipócrates);

- há apenas três possibilidades de quebra do sigilo: autorização expressa do paciente ou seu representante legal, motivo justo, e dever legal.

Seguem exemplos de dúvidas que podem surgir no dia a dia do médico referentes a esse assunto:

1) Como agir se o paciente pedir um relatório, direcionado ao convênio médico, com o objetivo de transferir a carência de um plano de saúde para outro?

Ao que tudo indica, a questão em voga refere-se à quebra de sigilo por autorização expressa do paciente: se o mesmo solicitar tal relatório

sobre seu histórico de saúde, pessoalmente e por escrito, o médico não estaria infringido o Código de Ética Médica ao fornecer documento que seja fiel e veraz ao que o paciente solicitou. Na verdade, o colega estaria agindo em benefício dessa pessoa, cuja intenção é mudar de convênio.

A grande dificuldade em casos como esse, porém, é identificar se o paciente permitiu, de maneira livre e esclarecida, a abertura de sua intimidade à empresa seguradora, ou se o fez por outra razão vinculada à pressão, falta de alternativa, e, mesmo, falta de conhecimento, em relação às eventuais consequências de se revelar o conteúdo de uma ficha de atendimento ou prontuário.

Em uma convivência tão delicada, como a estabelecida entre convênio e usuário – por vezes, pautada por interesses mercantis –, é possível que o relatório sirva para prejudicar o atendido, que ficará exposto a limitações em seu tratamento e até a exclusão do atendimento, em determinadas circunstâncias.

Se o paciente pedir apenas sua opinião sobre informar ou não a terceiros detalhes pregressos de sua história clínica, o adequado é valer-se de sua relação médico-paciente bem sedimentada, no sentido de orientá-lo.

Juntos, médico e paciente podem decidir, de maneira mais segura, qual é o melhor caminho.

Resposta baseada no Código de Ética Médica e nos Pareceres Consultas nº 3.087/02⁽¹⁾ e nº 127.729/09⁽²⁾ do Cremesp.

2) Operadora de planos de saúde solicitou ao meu paciente que fornecesse documento médico, para fins de reembolso. Acho que isso é errado e quebra o sigilo. Posso interpelar judicialmente tal empresa?

O contrato entre uma seguradora e o paciente prevê o pagamento direto aos serviços médicos por ela referenciados e reembolso ao segurado das despesas que este tiver, quando procurar um serviço médico não credenciado.

Ao falar que a intenção do paciente é o “reembolso” de gastos pelo atendimento, o médico deixa claro que ele não é referenciado pela operadora de planos de saúde em questão.

O contrato que vigora, nesse caso, é entre a seguradora e o paciente.

Depreende-se daí que o médico não faz parte desse relacionamento e que, por isso, não pode insurgir-se contra a empresa – até porque, a seguradora não solicitou documento a ele, e sim ao seu paciente.

Como o segredo pertence ao paciente – sendo o médico apenas o seu fiel depositário – basta que o profissional entregue ao atendido um relatório veraz ou, se esta for a solicitação, uma cópia de seu prontuário médico, para que ele use do jeito que considerar correto.

No caso de ser médico da seguradora a solicitar as informações a colega – e se a atitude for motivada em benefício do paciente –, é possível recorrer ao Art. 54 do Código de Ética Médica⁽³⁾, que veda ao médico “deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal”.

O que o médico pode – e deve – fazer é orientar e participar da decisão do paciente de fornecer dados sigilosos às empresas, isso é, sempre deve ser uma decisão conjunta e bem orientada.

Resposta baseada no Parecer Consulta nº 54.501/10⁽⁴⁾ e Art. 54 do Código de Ética Médica⁽³⁾.

3) O médico auditor da seguradora de plano de saúde procura o médico assistente do paciente para discutir minúcias a respeito do atendimento prestado e acessar documentos. Devo concordar?

Regra geral, o médico deve ser cortês e buscar relações com colegas pautadas pela ética e pela cordialidade.

Quando autorizado expressamente pelo paciente, a quem deve a obrigação do sigilo, ou por seu representante legal, não pode deixar de fornecer ao colega informações sobre o quadro clínico do paciente, conforme o Código de Ética Médica.

A atuação do auditor, porém, é diferenciada em relação àquela verificada em outras especialidades: no desempenho de sua função, ele tem o direito de acessar toda a documentação necessária, desde que *in loco*, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, cabendo ao diretor técnico, ou diretor clínico, facilitar seu trabalho.

Respondendo diretamente à questão, o auditor pode solicitar ao

médico assistente, por escrito, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades, sendo-lhe permitido, ainda, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado por ele ou, na impossibilidade, por seu representante legal.

Se for esse o caso, o médico assistente deve ser antecipadamente cientificado, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Apesar dessas prerrogativas, o auditor, assistente técnico ou perito não pode fazer anotações no prontuário do paciente; intervir nos atos profissionais de outro médico; fazer qualquer apreciação em presença do examinado (reservando suas observações ao relatório); ultrapassar os limites de suas atribuições e competência; ou divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Isso significa que o auditor não pode autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, nesse caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Resposta baseada no Código de Ética Médica⁽³⁾ e na Resolução CFM nº 1.614/2001⁽⁵⁾.

4) Familiares solicitam relatório *post mortem* de meu paciente destinado à empresa de seguro de vida, para o recebimento do benefício. Posso fornecê-lo, considerando-se que a permissão para a quebra de sigilo nunca foi manifestada pelo paciente quando vivo?

O Código de Ética Médica é claro nessa questão quando proíbe que o médico preste informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias de morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Ainda em relação à questão do sigilo, o código proíbe ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente, mesmo se essa pessoa tiver falecido.

Essa questão delicada, referente a prestar ou não informações às empresas que fazem seguro de vida, foi reiterada, recentemente, pela Resolução

CFM nº 2.003/12⁽⁶⁾, que explicita de maneira inequívoca que o médico que exerce função assistencial não pode “preencher formulários elaborados por empresas seguradoras com informações acerca da assistência prestada a pacientes sob seu cuidado”, pois o preenchimento dessa modalidade de formulários “constitui atividade médica pericial”.

Tal texto (que substituiu a antiga Resolução CFM nº 1.076/81⁽⁶⁾ que afirmava exatamente o contrário), além do Código de Ética Médica de 2010, se baseia na Constituição Federal, que assegura a tutela da intimidade, bem como preserva o sigilo profissional; e em entendimentos, segundo os quais “o preenchimento, pelo médico, de formulários elaborados pelas companhias de seguros de vida não têm qualquer vínculo com a atestação médica relativa à assistência ao óbito”; e de que “o médico assistente não pode ser constrangido a preencher formulários, com quesitos próprios, de entidade com quem não tem qualquer relação profissional ou empregatícia”.

Se a companhia seguradora entender necessário o preenchimento de tal relatório, deverá contratar um médico para trabalhar como seu perito, que, como tal, com autorização expressa do paciente e a colaboração da instituição de assistência e do profissional médico assistente, poderá realizar os atos de interesse administrativo da empresa, atendendo-a em todas as suas necessidades.

Resposta baseada no Código de Ética Médica, na Resolução CFM nº 2.003/12⁽⁶⁾ e no Parecer Consulta nº 4.791/05⁽⁷⁾ do Cremesp.

5) Médico que presta serviços à seguradora tem a obrigação de entregar laudo ao segurado?

Veja: o perito médico deve fornecer cópia do exame pericial ao paciente/periciado, por escrito, sempre que requisitado.

Entendemos que, ainda que seja realizada a avaliação/perícia no paciente em razão do contrato firmado entre o médico e a empresa contratante, não deixa de existir o direito do paciente de saber sua situação clínica, apurada durante a avaliação de sua saúde, vez que é direito constitucionalmente garantido.

Assim, ainda que o médico, nesses casos, exerça a função de perito,

essa função exige conhecimento médico, sendo, portanto, um ato médico. E como tal, devem ser respeitados os preceitos deontológicos da medicina, como o direito do paciente de saber detalhes relativos a própria saúde.

É consenso ético que o paciente é o “dono” de todas as informações que digam respeito à sua vida e à sua saúde, se não ele, seu representante legal.

Por isso, é vedado a qualquer médico ou instituição hospitalar negar o fornecimento de exame feito a paciente, quer sob a forma de laudo quer sob a forma do próprio material que ensejou a confecção desse laudo, desde que este solicite, sob pena de configurar cerceamento do direito do atendido.

Portanto, em razão do direito fundamental do paciente de ter ciência de informação médica a seu respeito, vemos que, ainda que a relação médico-periciado não seja idêntica a de médico-paciente, o ato médico está consubstanciado na perícia, razão pela qual não pode o médico perito eximir-se de apresentar cópias do relatório/laudo ao paciente.

Resposta baseada nos Pareceres Consulta nº 60.543/04⁽⁸⁾; 9.941/96⁽⁹⁾; 12.135/88⁽¹⁰⁾ do Cremesp e no ‘Código de Ética Médica Comentado’⁽¹¹⁾.

Referências bibliográficas

- 1) Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 3.087/02. Fornecimento de prontuário médico para seguradoras através de termo de autorização assinado pelo paciente. Homologado na 3.416ª reunião plenária realizada em 10.01.2006. [online]. [Acessado em: 28 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=7202&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E3o%20Paulo&numero=3087&situacao=&data=04-07-2007>
- 2) Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 127.729/09. Solicitação de documentos médicos de paciente seu por parte de seguradora para fins de reembolso. Homologado na 4.152ª reunião plenária realizada em 10.01.2006. [online]. [Acessado em: 28 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=9108&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E3o%20Paulo&numero=127729&situacao=&data=09-02-2010>
- 3) Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [online]. [Acessado em: 21 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=8822&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1931&situacao=VIGENTE&data=17-09-2009>
- 4) Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 54.501/10. Se é ético e legal fornecer cópia dos relatórios aos solicitantes não médico das seguradoras, para fins de pagamento. Homologado na 4.207ª reunião plenária, realizada em 25.05.2010. [online]. [Acessado em: 28 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=9469&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E3o%20Paulo&numero=54501&situacao=&data=25-05-2010>
- 5) Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001. Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. [online]. [Acessado em: 28 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3057&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1614&situacao=VIGENTE&data=08-02-2001>
- 6) Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.003, de 8 de novembro de 2012. Veda ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras. [online]. [Acessado em: 01 março 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=11043&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=2003&situacao=VIGENTE&data=08-11-2012>. Substitui a Res. CFM nº 1.076/08 (<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=2876&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1076&situacao=REVOGADA&data=30-12-1981>)

- 7) Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 4.791/05. Obrigatoriedade do médico assistente de paciente que sofreu acidente, preencher relatório para Companhias Seguradoras (“aviso de sinistro” para recebimento de seguro de vida). Homologado na 3.278ª reunião plenária, realizada em 05.04.2005.. [online]. [Acessado em: 01 março 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=6953&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3o%20Paulo&numero=4791&situacao=&data=08-05-2007>
- 8) Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 60.543/04. Médico ortopedista autônomo que presta serviços à seguradora, emitindo avaliações e pareceres em questões ortopédicas. Obrigação ou não de entregar laudo ao segurado. Homologado na 3.268ª reunião plenária, realizada em 15.03.2005. [online]. [Acessado em: 01 março 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=6456&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3o%20Paulo&numero=60543&situacao=&data=18-05-2006>
- 9) Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 9.941/96. Obrigatoriedade ou não de entrega de laudo feito por laboratório de patologia ao paciente. Homologado na 1.886ª reunião plenária em 01.12.96. [online]. [Acessado em: 01 março 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=4198&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3o%20Paulo&numero=9941&situacao=&data=00-00-1996>
- 10) Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 12.135/88. Se o exame é documento que pertence ao paciente. Homologado na 1.213ª reunião plenária realizada em 12.09.1988. [online]. [Acessado em: 01 março 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=3971&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3o%20Paulo&numero=12135&situacao=&data=00-00-1988>
- 11) Coutinho, Leo Meyer. Código de Ética Médica. São Paulo: Ed. Saraiva, 1989

Anexos

- Resolução CFM nº 1.658/02 – Normatiza a emissão de atestados médicos.
- Resolução CFM nº 1.851/08 – Altera a Resolução CFM nº 1.658/02.
- Resolução CFM nº 1.488/98 – Sobre os médicos que prestam assistência ao trabalhador.
- Resolução CFM nº 1.810/06 – Altera a Resolução nº 1.488/98.
- Resolução CFM nº 1.940/10 – Altera a Resolução nº 1.488/98.
- Resolução CFM nº 1.779/05 – Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.
- Prevenção de eventos/morte súbita em esportes – Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte/2013.
- Lei estadual sobre registro e funcionamento de estabelecimentos de ensino e prática de modalidades esportivas.
- Questionário de triagem pré-participação em práticas esportivas (AHA).
- O Código Internacional de Ética Médica.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.658, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2002

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 246,
20 dez. 2002. Seção 1, p. 422

ALTERADA pela Resolução CFM nº 1.851, de 14-08-2008
Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

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

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados ao atestado médico;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua a Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, no parágrafo 2º de seu artigo 6º, referindo-se à comprovação de doença;

CONSIDERANDO o que determina a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, acerca de licença para tratamento de saúde, licença à gestante, licença-paternidade, licença por acidente em serviço e licença por motivo de doença em pessoa da família;

CONSIDERANDO o definido no Decreto nº 3.048/99, alterado pelos Decretos nºs 3.112/99 e 3.265/99, que aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências;

CONSIDERANDO os artigos 38, 44, 45 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o artigo 8º do Código de Ética Médica determina que o médico não pode submeter-se a restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros, está sujeito às penas da lei;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO que somente os médicos e odontólogos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nºs 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 e resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina dos Estados de Goiás, Amazonas, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13.12.2002, RESOLVE:

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º (VIDE ALTERAÇÕES pela Resolução CFM nº 1.851, de 14-08-2008) Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- a) especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
- b) estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c) registrar os dados de maneira legível;
- d) identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. (VIDE ALTERAÇÕES pela Resolução CFM nº 1.851, de 14-08-2008)

Art. 4º É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1º Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

Art. 5º Os médicos somente podem fornecer atestado com o diagnóstico

codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificação ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art. 6º Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do caput do artigo.

§ 2º O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§ 3º O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§ 4º Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 7º O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art. 8º Revogam-se as Resoluções CFM nºs 982/79, 1484/97 e 1548/99, e as demais disposições em contrário.

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

Brasília, 13 de dezembro de 2002

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO Nº 1.851, DE 14 DE AGOSTO DE 2008

Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera a Lei nº 3.268/57 e

CONSIDERANDO que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatórios médicos e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários;

CONSIDERANDO que o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais freqüente é a habilitação a um benefício por incapacidade;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 5/08, de 18 de abril de 2008;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 14 de agosto de 2008, resolve:

Art. 1º O artigo 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

ANEXOS

IV - o prognóstico;

V - as conseqüências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarà o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.”

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

Edson de Oliveira Andrade
Presidente do Conselho

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.488, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1998.

Diário Oficial União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 44,

6 mar. 1998. Seção 1, p. 150

Vide Retificação Abaixo

ALTERADA pela Resolução CFM nº 1810, de 14-12-2006

ALTERADA pela Resolução CFM nº 1.940, de 14-1-2010

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERANDO a nova definição da medicina do trabalho, adotada pelo Comitê Misto OIT/OMS, qual seja: proporcionar a promoção e manutenção do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores ;

CONSIDERANDO as deliberações da 49ª Assembléia Geral da OMS, realizada em 25.8.96, onde foram discutidas as estratégias mundiais para a prevenção, controle e diminuição dos riscos e das doenças profissionais, melhorando e fortalecendo os serviços de saúde e segurança ligados aos trabalhadores;

CONSIDERANDO que todo médico, independentemente da especialidade

ou do vínculo empregatício - estatal ou privado -, responde pela promoção, prevenção e recuperação da saúde coletiva e individual dos trabalhadores;

CONSIDERANDO que todo médico, ao atender seu paciente, deve avaliar a possibilidade de que a causa de determinada doença, alteração clínica ou laboratorial possa estar relacionada com suas atividades profissionais, investigando-a da forma adequada e, caso necessário, verificando o ambiente de trabalho;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 12 de fevereiro de 1997,

RESOLVE:

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

I - assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;

II - fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, CONSIDERANDO que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento;

III - fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico por à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

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

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou sub-clínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

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

I - atuar visando essencialmente à promoção da saúde e à prevenção da doença, conhecendo, para tanto, os processos produtivos e o ambiente de trabalho da empresa;

II - avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação;

III - dar conhecimento aos empregadores, trabalhadores, comissões de saúde, CIPAS e representantes sindicais, através de cópias de encaminhamentos, solicitações e outros documentos, dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como dos outros informes técnicos de que dispuser, desde que resguardado o sigilo profissional;

IV - Promover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortunístico, sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita de nexo causal da doença com o trabalho. Deve ser fornecida cópia dessa documentação ao trabalhador;

V - Notificar, formalmente, o órgão público competente quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho.

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

I - atuar junto à empresa para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;

II - promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências para o trabalho, desde que este não as agrave ou ponha em risco sua vida;

III - opor-se a qualquer ato discriminatório impeditivo do acesso ou permanência da gestante no trabalho, preservando-a, e ao feto, de possíveis agravos ou riscos decorrentes de suas funções, tarefas e condições ambientais.

Art. 5º - Os médicos do trabalho (como tais reconhecidos por lei), especialmente aqueles que atuem em empresa como contratados, assessores ou consultores em saúde do trabalhador, serão responsabilizados por atos que concorram

para agravos à saúde dessa clientela conjuntamente com os outros médicos que atuem na empresa e que estejam sob sua supervisão nos procedimentos que envolvam a saúde do trabalhador, especialmente com relação à ação coletiva de promoção e proteção à sua saúde.

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

I - avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;

II - subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;

III - comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito-médico (CRM, nome e matrícula);

IV - orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária;

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

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

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

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

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

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

III - estabelecer o nexo causal, Considerando o exposto no artigo 4º e incisos. (vide ALTERAÇÃO: Resolução CFM nº 1.940, de 14-1-2010)

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

Art. 12 - O médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresas e o médico participante do

Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados). (VIDE ALTERAÇÃO: Resolução CFM nº 1810, de 14-12-2006)

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

Brasília-DF, 11 de fevereiro de 1998.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

RETIFICAÇÃO

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 52, 18 mar. 1998.

Seção 1, p. 79

Na Resolução CFM nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União de 06.03.98, no último CONSIDERANDO, onde se lê 12 de novembro de 1997, leia-se: 11 de fevereiro de 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.810, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF,
9 maio 2007. Seção I, p. 73

Altera o art. 12 da Resolução CFM nº 1.488, de 11 de fevereiro de 1998, publicada em 6 de março de 1998, que normatiza a perícia médica e a atuação do perito e do assistente técnico.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de junho de 1958 e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO os questionamentos sobre a necessidade de o médico do Trabalho poder ou não ser assistente técnico da empresa em que presta serviço, bem como as interpelações que chegam ao CFM e aos Conselhos Regionais acerca da contradição entre os termos das Resoluções CFM nº 1.488/98 (art. 12) e Cremesp nº 126/05 (art. 8º);

CONSIDERANDO as disposições contidas nos artigos 1º, 2º, 6º ao 12 e 118 a 121 do Código de Ética Médica, resolve:

Art. 1º O artigo 12 da Resolução CFM nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. O médico de empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do serviço especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem atuar como peritos judiciais, securitários, previdenciários ou assistentes técnicos, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados)”.

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

Art. 3º Revoga-se o artigo 12 da Resolução nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente do Conselho

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.940, DE 14 DE JANEIRO DE 2010

Diário Oficial da União; Poder Executivo,
Brasília, DF, 9 fev. 2010. Seção I, p. 74

Altera o inciso III do artigo 10 da Resolução CFM nº 1.488, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, página 150, em 6 de março de 1998, que dispõe sobre normas específicas para médicos que atendam o trabalhador.

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, respectiva e posteriormente alterados pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

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

CONSIDERANDO o erro material existente no inciso III do artigo 10 da Resolução CFM nº 1.488, de 6 de março de 1998;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 14 de janeiro de 2010, resolve:

Art. 1º Alterar o inciso III do artigo 10 da Resolução CFM nº 1.488, de 6 de março de 1998, que passa a ter a seguinte redação:

“III - estabelecer o nexo causal, CONSIDERANDO o exposto no artigo 2º e incisos”.

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

Roberto Luiz D’ávila
Presidente

Henrique Batista e Silva
Secretário-Geral

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.779, 11 DE NOVEMBRO DE 2005

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF,
5 de dez. 2005. Seção 1, p. 121
Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento
da Declaração de Óbito.

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

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

“Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

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

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

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

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”;

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não-natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO :

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração

igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.601/00.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Livia Barros Garção
Secretária-Geral

PREVENÇÃO DE EVENTOS/MORTE SÚBITA EM ESPORTES

Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte
(Arq. Bras. Cardiol. 2013)

A prevenção de eventos deve incluir a prevenção de acidentes, de agravamento das lesões e comorbidades preexistentes e da morte súbita.

Os objetivos de um protocolo de prevenção de eventos em esportes baseiam-se no rastreamento pré-participação:

1. identificar condições predisponentes, ou seja, doenças cardiovasculares que potencialmente podem causar morte súbita;
2. definir se há medidas que podem ser tomadas para reduzir o risco de morte súbita: Quais são? Como devem ser desenvolvidas?;
3. padronizar a conduta a ser adotada em cada cardiopatia e discutir a eventual desqualificação do atleta do exercício de sua profissão.

A prevenção de eventos e morte súbita em esportes e lazer é realizada levando-se em conta o diagnóstico precoce e tratamento das afecções cardiovasculares, bem como a aplicação dos critérios de inexigibilidade vigentes e específicos para as várias afecções.

Torna-se imperioso que nos locais de competição existam recursos médicos e paramédicos, devidamente equipados, para atendimento de emergências.

Nas várias instituições, o diretor clínico e/ou o médico responsável pelo atendimento respondem perante o respectivo Conselho Regional de Medicina pelo cumprimento dessas normas.

Indivíduos recém-hospitalizados ou sedentários há longa data necessitam de treinamento progressivo, com incrementos graduais na frequência e duração das sessões e na intensidade dos exercícios; além do risco(não faz sentido na sequência da frase) de lesões e sequelas físicas, pois o aparecimento destas pode ser fator de desencorajamento ao treinamento, prejudicando a autoimagem e predispondo ao abandono do programa.

Aspectos éticos

A avaliação médica deve incluir especialistas de várias áreas, destacando-se a medicina do exercício e esporte, a cardiologia, a ortopedia e a fisioterapia.

Em se tratando de atletas portadores de deficiências, torna-se importante ressaltar que é de competência exclusiva do médico dirigir o treinamento, diagnosticar

as eventuais patologias e sequelas, solicitar exames, prescrever terapêutica e afastar os atletas das atividades esportivas, sendo vedado ao médico atribuir ou delegar funções de sua exclusiva competência para profissionais não habilitados ao exercício da medicina (Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.236/87).

Por outro lado, a execução do treinamento deve ser realizada por professores de educação física e fisioterapeutas. A interação entre médicos, professores de educação física, fisioterapeutas, fisiologistas, nutricionistas e psicólogos é fundamental para o sucesso do programa.

A prescrição do treinamento deve ser feita em receituário médico, constando modalidade, frequência e duração das sessões, intensidade do treinamento e outras observações, a critério do médico assistente. Essa conduta está ratificada pelo Conselho Federal de Medicina – Parecer 4.141/2003: “Por todo o exposto, compete exclusivamente ao médico, após o diagnóstico da patologia, prescrever a terapêutica adequada ao paciente e, inclusive, a prescrição de atividade física em face da patologia diagnosticada ou para a prevenção de diversas patologias”.

Nas várias instituições, o diretor clínico e/ou o médico responsável pelo atendimento respondem pelo cumprimento dessas normas perante o respectivo Conselho Regional de Medicina.

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 (Código de Ética Médica de 08/01/1988 Art. 18). A interação entre médicos e paramédicos, professores de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e treinadores é fundamental para o sucesso do programa de treinamento e deve ser estimulada a cada momento.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Lei nº 10.848, de 6 de julho de 2001

Projeto de Lei nº 948, de 1995, do deputado Daniel Marins - PPB
Dispõe sobre o registro e funcionamento de estabelecimentos de ensino e
prática de modalidades esportivas.

O PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA: Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo, nos termos do artigo 28, § 8º, da Constituição do Estado, a seguinte lei:

Artigo 1º - O funcionamento das academias e demais estabelecimentos de ensino e prática de modalidades esportivas sujeita-se ao disposto nesta lei.

Artigo 2º - Vetado.

Artigo 3º - O requerimento de registro será instruído com os seguintes documentos:

I – prova de registro da firma na Junta Comercial do Estado de São Paulo;
II – cédula de identidade dos proprietários ou diretores do estabelecimento;
III – indicação do nome do supervisor ou responsável técnico pelo estabelecimento, que será obrigatoriamente um profissional de Educação Física devidamente habilitado;

IV – vetado;

V – certificado de vistoria sanitária;

VI – habite-se;

VII – atestado de vistoria do Corpo de Bombeiros.

Artigo 4º - Vetado.

Artigo 5º - As matrículas para freqüentar os estabelecimentos de que trata esta lei dependem de apresentação, pelo cliente, de atestado médico recente, específico para a prática esportiva em que pretende se inscrever.

Parágrafo único – Vetado.

Artigo 6º - Os estabelecimentos de que trata esta lei deverão manter cadastro atualizado com os dados pessoais dos clientes matriculados, bem como as informações médicas pertinentes, em especial o atestado a que se refere o artigo anterior.

Artigo 7º - Vetado.

Parágrafo único – Vetado.

Artigo 8º - Vetado.

Artigo 9º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXOS

Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo,
aos 06 de julho de 2001.

Walter Feldman
Presidente

Vera Ortiz Monteiro
Secretário Geral Parlamentar, Substituta

Publicada na Secretaria da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo,
aos 06 de julho de 2001

Questionário de triagem pré-participação em práticas esportivas

(American Heart Association –AHA;
American College of Sports Medicine – ACSM)

Questionário do AHA/ACSM para Estratificação Pré-participação em Programas de Atividades Físicas

HISTÓRICO

Você tem ou já teve:

- ☐ Um ataque cardíaco.
- ☐ Uma cirurgia cardíaca.
- ☐ Uma cateterização cardíaca.
- ☐ Uma angioplastia coronária.
- ☐ Um implante de marcapasso.
- ☐ Uma desfibrilação ou distúrbio de ritmo cardíaco.
- ☐ Uma doença da válvula cardíaca.
- ☐ Um colapso cardíaco.
- ☐ Um transplante cardíaco.
- ☐ Uma doença cardíaca congênita.

SINTOMAS

- ☐ Você já experimentou desconforto no peito com o esforço.
- ☐ Você já experimentou uma falta de ar súbita.
- ☐ Você já experimentou tonturas, desmaios ou perda de sentidos.
- ☐ Você usa ou já usou medicações para o coração.

OUTRAS QUESTÕES DE SAÚDE

- ☐ Você tem diabetes.
- ☐ Você possui asma ou outra doença pulmonar.
- ☐ Você já sentiu queimação ou câimbras em seus membros inferiores ao caminhar distâncias curtas.
- ☐ Você tem algum problema músculo-esquelético que limite sua prática de atividade física.
- ☐ Você tem preocupações quanto a segurança de se exercitar.
- ☐ Você tem alguma prescrição para medicação(ões).
- ☐ Se do sexo feminino, você está grávida.
- ☐ Você possui alguma doença da tireóide, dos rins ou do fígado.

CONCLUSÃO 1

Se você marcou qualquer um dos itens nesta seção, consulte o seu médico ou outro profissional de saúde antes de se engajar em um programa de exercícios. Você pode necessitar de uma estrutura que disponha de supervisão médica especializada.

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Se homem:

___ Você tem 45 anos ou mais.

Se mulher:

___ Você tem 55 anos ou mais ou já fez histerectomia ou está em pós-menopausa.

Para todos:

___ Você fuma ou parou de fumar há menos de 6 meses.

___ Sua **pressão**

- **sistólica** é maior ou igual a 140 mmHg e/ou **diastólica** é maior ou igual a 90 mmHg, ou;
- é controlada por alguma medicação, ou;
- é desconhecida por você.

___ Seu **colesterol** sanguíneo:

- **total** é maior que 200 mg/dL, ou;
- **LDL** é maior do que 130 mg/dL, ou;
- **HDL** é menor do que 40 mg/dL, ou;
- é desconhecido por você.

___ O seu pai ou irmão (antes dos 55 anos) ou mãe e irmã (antes dos 65 anos), teve/tiveram um ataque cardíaco ou fez/fizeram uma cirurgia cardíaca.

___ Seu **açúcar sanguíneo**:

- apresenta níveis acima de 100 mg/dL, ou;
- é desconhecido por você.

___ Você faz menos que 120 min por semana de atividades físicas moderadas (que levem a um discreto aumento da respiração).

___ Você está mais que 9 kg acima do seu peso.

CONCLUSÃO 2

Se você marcou mais do que um item nesta seção, consulte o seu médico ou outro profissional de saúde antes de se engajar em um programa de exercícios. Você pode se beneficiar pela utilização de uma estrutura de atividades físicas que disponibilize supervisão profissional qualificada para orientar seu programa de exercícios.

Adaptado por Tony Meireles dos Santos (2008) de ACSM (1998). Recommendations for Cardiovascular Staffing, and Emergency Policies at Health/Fitness Facilities. MSSE 30(6):1009-1018 com base no ACSM (2006). ACSM Guidelines for exercise testing and prescription. Baltimore: LippincottWilliams &Wilkins.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO CFM Nº 2.003, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2012

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF,
14 de dezembro de 2012. Seção 1, p. 255

REVOGA A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.076, DE 30-12-1981

Veda ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras, revoga a Resolução CFM nº 1.076/81 (publicada no D.O.U. de 29 de janeiro de 1982, Seção I, p. 1770) e demais disposições em contrário.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que a Constituição Federal assegura a tutela da intimidade, bem como preserva o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso II da Lei nº 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), quando no atendimento de paciente usuário do SUS o médico exerce função assistencial;

CONSIDERANDO que o preenchimento, pelo médico, de formulários elaborados pelas companhias de seguros de vida não têm qualquer vínculo com a atestação médica relativa à assistência ou ao óbito;

CONSIDERANDO que não se pode cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, conforme dispõe o art. 65 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o médico assistente não pode ser constrangido a preencher formulários, com quesitos próprios, de entidade com quem não tem qualquer relação profissional ou empregatícia;

CONSIDERANDO que o seu preenchimento constitui atividade médica pericial, não podendo ser exercida pelo médico assistente, conforme dispõe o art. 93 do CEM;

CONSIDERANDO que “viola a ética médica a entrega de prontuário de paciente internado à companhia seguradora responsável pelo reembolso das despesas”, nos termos do decidido pelo Superior Tribunal de Justiça - STJ no Resp nº 159527-RJ;

CONSIDERANDO o que consta do Parecer CFM nº 23/ 11;

CONSIDERANDO que a nova redação do art. 77 do Código de Ética Médica, alterada pela Resolução CFM nº 1.997/12 (publicada no D.O.U. de 16 de agosto de 2012, Seção I, p. 149), veda ao médico: “Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito”;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 8 de novembro de 2012, resolve:

Art. 1º É vedado ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras com informações acerca da assistência prestada a pacientes sob seus cuidados.

Art. 2º Revogam-se a Resolução CFM nº 1.076/81 (publicada no D.O.U de 29 de janeiro de 1982, Seção I, p. 1770) e demais disposições em contrário.

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

Roberto Luiz D’avila
Presidente do Conselho

Henrique Batista e Silva
Secretário-Geral

Código Internacional de Ética Médica

Associação Médica Mundial (World Medical Association/WMA)

Adotado pela Terceira Assembléia Geral da Associação Médica Mundial,
em Londres, Inglaterra

Alterado pela 22ª Assembleia Médica Mundial, Sidney, Austrália,
em agosto de 1968

Alterado pela 35ª Assembleia Médica Mundial, Veneza, Itália,
em outubro de 1983

Alterado pela 57ª Assembléia Médica Mundial, Pilanesberg, África do Sul,
em outubro de 2006

DEVERES DOS MÉDICOS EM GERAL

O MÉDICO DEVE sempre exercer de maneira independente seu julgamento profissional e manter os mais altos padrões de conduta profissional.

O MÉDICO DEVE respeitar um paciente capaz em seu direito de aceitar ou recusar o tratamento.

O MÉDICO NÃO DEVE permitir que o seu julgamento seja influenciado por lucro pessoal ou discriminação injusta.

O MÉDICO DEVE se dedicar à prestação de serviço médico competente, baseado na total independência profissional e moral, com compaixão e respeito pela dignidade humana.

O MÉDICO DEVE lidar honestamente com os pacientes e colegas, e denunciar às autoridades competentes os colegas que praticarem condutas antiéticas ou imperitas ou que se dedicarem à fraude ou ao engano.

O MÉDICO NÃO DEVE receber quaisquer benefícios financeiros ou outros incentivos apenas por encaminhar um paciente (a outro médico) ou prescrever produtos específicos.

O MÉDICO DEVE respeitar os direitos e preferências dos pacientes, colegas e outros profissionais de saúde.

O MÉDICO DEVE reconhecer o seu importante papel na educação do público, mas precisa usar a devida cautela na divulgação de descobertas, novas técnicas ou tratamento através de canais não-médicos.

O MÉDICO DEVE atestar apenas o que tenha verificado pessoalmente.

O MÉDICO DEVE se esforçar para utilizar os recursos da saúde da melhor forma, no sentido de beneficiar os pacientes e comunidade.

O MÉDICO DEVE procurar cuidados e atenção adequada quando sofrer de uma doença mental ou física.

O MÉDICO DEVE respeitar as normas éticas locais e nacionais.

DEVERES DOS MÉDICOS PARA PACIENTES

O MÉDICO DEVE manter em mente a obrigação de respeitar a vida humana.

O MÉDICO DEVE agir no melhor interesse do paciente quando fornecer cuidados médicos.

O MÉDICO DEVE aos seus pacientes completa lealdade e todos os recursos científicos disponíveis. Sempre que um exame ou tratamento for além de sua capacidade profissional deve buscar orientação ou repassar o caso a colega que contar com habilidade necessária ao atendimento.

O MÉDICO DEVE respeitar o direito do paciente à confidencialidade. É ético divulgar informações confidenciais se o próprio paciente consentir ou quando há uma ameaça real e iminente de dano a ele ou a terceiros que só puder ser enfrentada pela quebra de sigilo.

O MÉDICO DEVE prestar cuidados de emergência como dever humanitário, a menos tiver certeza de que os outros estão dispostos e são capacitados a prestar tal atendimento.

O MÉDICO DEVE, em situações que precisar comunicar fatos a terceiros, garantir que o paciente tem pleno conhecimento dessa situação.

O MÉDICO NÃO DEVE mater relacionamento sexual com paciente o qual está atendendo atualmente ou qualquer outro de cunho abusivo ou explorador.

DEVERES DOS MÉDICOS EM RELAÇÃO A COLEGAS

O MÉDICO DEVE se comportar com colegas da mesma forma que gostaria que eles se comportassem consigo.

O MÉDICO NÃO DEVE enfraquecer a relação médico-paciente de colegas, a fim de atrair novos clientes .

O MÉDICO DEVE quando for clinicamente necessário, comunicar-se com os colegas que estão envolvidos no atendimento do mesmo paciente. Esta comunicação deve respeitar a confidencialidade do paciente e limitar-se às informações necessárias.

Mesmo sendo tão importante sob os pontos de vista ético, legal e prático, ainda hoje há quem não credite ao atestado médico seu devido valor. Quem já não ouviu pacientes – e até colegas! – se referirem ao documento como algo banal? Isto é inadmissível, pois, ao desvalorizá-lo, o médico passará a não dedicar a devida atenção ao preenchê-lo, possibilitando uso questionável e conteúdo inverídico.



CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Centro de Bioética

Rua Domingos de Morais, 1810 – Vila Mariana – São Paulo – SP

04010-200 – Tel.: (11) 5908-5647

www.bioetica.org.br