

XII ENEM



Cerca de 500 representantes dos médicos de todo o Brasil participarão entre os dias 28 e 30 de julho do XII Encontro Nacional das Entidades Médicas (Enem), em Brasília. A reunião será um momento importante de avaliação das políticas públicas de saúde e também do contexto no qual se insere hoje a prática da Medicina. Nos grupos de trabalho e nas plenárias previstas, acontecerão debates e serão aprovadas propostas que contribuirão para o aperfeiçoamento da assistência à saúde, bem como a própria valorização do profissional.

[Mais informações](#)

Novo código de ética Médica

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA
Resolução CFM nº 1.931/2009



Conheça o novo código de
ética médica

Faça o download do novo
código de ética

[Clique aqui](#)



Esta Edição

XII ENEM **P.1**

Assinado termo de compromisso
sobre segurança de cirurgias

plásticas no DF **P.1**

Novo código de Ética

Médica **P.1**

UTI Resolve? **P.2**

Assinado termo de compromisso sobre segurança de cirurgias plásticas no DF

Foi firmado nesta sexta-feira (16), em Brasília, um termo de compromisso que tem por objetivo promover um regime adequado de segurança para a realização de cirurgias plásticas em ambiente não hospitalar no Distrito Federal. Assinaram o termo o presidente do Conselho Federal de Medicina Dr. Roberto Luiz d'Ávila, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal Dr. Iran Cardoso, o Diretor de Vigilância Sanitária do Distrito Federal Gustavo de Lima e um representante do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios Promotor Diaulas Ribeiro. O documento estabelece distinções entre os estabelecimentos que prestam assistência à saúde, de acordo com sua estrutura.

Cirurgia de menor porte (Unidade Tipo 1) - Nos estabelecimentos dotados de sala de cirurgia devidamente licenciada, com área inferior a 20m² (Unidade Tipo 1), é permitida a realização dos seguintes procedimentos, exclusivamente com anestesia local, sem sedação endovenosa e sem internação: a) Biópsias. b) Drenagens de abscesso. c) Expansão tecidual. d) Dermoabrasão. e) Correção de hemangiomas e de pequenas lesões cutâneas. f) Infiltrações lesionais. g) Sutura de pequenos ferimentos.

Cirurgia de pequeno porte (Unidade Tipo 2) - Nos estabelecimentos com centro cirúrgico dotado de sala de cirurgia devidamente licenciada, com área igual ou superior a 20m² (Unidade Tipo 2), é permitida a realização dos seguintes procedimentos, além dos previstos no item anterior, desde que seja utilizada, exclusivamente, anestesia local, sem sedação endovenosa e sem internação: a) Correção de pálpebra. b) Correção de pequenas cicatrizes (até 10cm). c) Lipoaspiração de pequeno porte (sucção de até 300ml). d) Lipoenxerto de pequeno porte (enxerto de até 150ml). e) Otoplastias. f) Correção de ginecomastia de pequeno porte. g) Correção de hipertrofias de mamilos e de mamilo invertido.

Cirurgia de médio porte (Unidade Tipo 3) - Nos estabelecimentos com centro cirúrgico dotado de sala de cirurgia devidamente licenciada, com área igual ou superior a 25m² (Unidade Tipo 3), é permitida a realização dos seguintes procedimentos, além dos previstos nos itens anteriores, com procedimento anestésico realizado por anesthesiologista e internação não superior a 60 horas: a) Redução e aumento mama. b) Ritidoplastias. c) Rinoplastias. d) Abdominoplastias. e) Lipoaspiração (Resolução CFM nº 1.711/2003). f) Associação nominal de até duas cirurgias de pequeno ou de médio porte.

Cirurgias conjugadas e cirurgia de grande porte (Unidade Tipo 4 – Hospital) - Os procedimentos não mencionados nos itens anteriores e a associação nominal de mais de duas cirurgias só podem ser realizados em hospitais, com procedimento anestésico realizado por anestesiológico, desde que não proibidos por lei, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pelo CRM-DF e pelos bons costumes.

Anestesia - O termo determina que seja observada Resolução do CFM (nº 1.802/2006) que prevê consulta pré-anestésica obrigatória 24 horas antes do procedimento que necessite de anestesia. A sala de recuperação pós-anestésica deve conter uma série de equipamentos obrigatórios. É de exclusiva responsabilidade do anestesiológico a vigilância pessoal e presencial do paciente na sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Morte ou lesão corporal grave - Havendo morte ou lesão corporal grave, caberá notificação ao CRM-DF e comunicação imediata ao Ministério Público e/ou à Autoridade Policial, ficando o Diretor Técnico do estabelecimento obrigado a preservar o local do fato intacto até que seja realizada perícia técnica por iniciativa do Ministério Público ou da Autoridade Policial, aguardando-se a respectiva liberação. No caso de morte, corpo deverá, independentemente da vontade da família, ser enviado ao Instituto de Medicina Legal. Deve ser preservada a memória eletrônica de monitores, centrais de armazenamento de dados e outros equipamentos eletrônicos pelo prazo de cinco dias a contar de qualquer procedimento realizado, ainda que o equipamento pertença a terceiros, independentemente das intercorrências cirúrgicas referidas nos parágrafos anteriores.

Segurança - Deve haver hospital de retaguarda, com Unidade de Terapia Intensiva e equipe de cirurgia geral referenciada para atendimento de intercorrências, localizado em um raio máximo de 10 quilômetros do estabelecimento onde foi realizado o procedimento. Também deverá haver unidade móvel, própria ou terceirizada, adequada ao transporte que a complexidade do quadro indicar, com tempo de resposta de, no máximo, 20 minutos. O estabelecimento deverá manter convênio com banco de sangue. Nos casos em que houver necessidade de pernoite dos pacientes nas clínicas que realizarem procedimentos de médio porte, será obrigatória a presença de médico plantonista durante todo o tempo de internação, que não poderá ser superior a 60 horas.

Fiscalização - A fiscalização do que estabelece o termo será feita por um Grupo de Trabalho composto por Auditores da Diretoria de Vigilância Sanitária do Distrito Federal, Médicos Fiscais indicados pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal e, se necessário, por Médico indicado pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, cabendo à DIVISA coordenar as ações de fiscalização.

Prazo para implementação - O prazo para adequação do estabelecimento que necessitar depender de alterações estruturais para se ajustar às regras do Termo de Compromisso será de 30 dias, sujeito a prorrogação pelo mesmo prazo, mediante requerimento justificado, a ser decidido pela Diretoria da Vigilância Sanitária, ouvindo-se previamente o Ministério Público.

UTI RESOLVE?

**Dr. Antonio Carvalho*

Novo acidente com morte, em paciente da cirurgia plástica, veio a acontecer e, mais uma vez, a imprensa, os órgãos de fiscalização, de disciplinamento da ética e do Ministério Público questionam a estrutura dessas clínicas cirúrgicas.

Veicula-se que o Promotor de Justiça do MPDFT, Titular do Pró-Vida, Dr. Diulus Costa Ribeiro, insinua que todas essas clínicas devam possuir, obrigatoriamente, uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a fim de atender a eventuais acidentes. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e vários expoentes desse tipo de cirurgia, em Brasília, contestam a eficácia e a oportunidade de sua instalação em todas as clínicas, alegando o elevadíssimo custo e a falta de condições financeiras dos médicos para atender a exigência. Em última instância, esses custos redundariam em elevação dos valores cobrados aos convênios e aos pacientes do setor privado.

A ANVISA, através da Vigilância Sanitária, que autoriza o funcionamento das mesmas, liberando os alvarás, vem tentando impor limites a instalação desse tipo de clínica, porém, ao que parece, sem muito êxito. Daí podemos deduzir que talvez não esteja preparada para fazê-lo ou não tenha atentado para as normas que disciplinam o assunto

e que se fazem necessárias. O mesmo se diga do Serviço de Fiscalização do GDF ao conceder o alvará de localização, que se reporta apenas ao endereço, as instalações elétricas, hidráulicas, extintores de incêndio, etc.

O CRM-DF tem chamado a atenção das autoridades e dos proprietários de hospitais privados para que evitem a proliferação desses estabelecimentos, além de fiscalizar a conduta ética dos médicos que compõem o grupo societário ou daqueles que apenas prestam serviço nessas clínicas.

Se forem verdadeiras as posições assumidas pelo MP, algumas ressalvas devem ser observadas. Embora compreendamos a argumentação, a preocupação e a boa vontade do Diretor do Pró-Vida, entendemos que a forma como ele tentaria conduzir as coisas, enveredariam por um caminho que não seria o da sua seara. Ou seja, seria como se o MP procurasse legislar sobre o funcionamento das clínicas, ao invés de se limitar a adverti-las ou denunciá-las para as providências a serem tomadas pelos órgãos competentes ou mesmo para julgamento em juízo.

Assim, naquilo que se constitui um descompasso entre o que se fala e o que se faz, é do nosso conhecimento que o MP está em contato e discussão permanente com os Conselhos Federal e Regional de Medicina e a ANVISA, o no sentido de buscarem uma solução permanente para o problema.

Mas, voltando a falar da eventual obrigatoriedade das clínicas de cirurgia plástica e outras congêneres terem que manter um serviço de UTI, mesmo que isso fosse plausível, ainda não representaria a solução satisfatória.

E por quê? Ora, em uma emergência cirúrgica, quem salva vidas é o médico anestesista, auxiliado pelos demais médicos presentes e o pessoal de apoio, dentro da sala de cirurgia. O anestesista, que é de fato um intensivista, tem todo o treinamento e aparato para fazer os primeiros socorros, ali mesmo, na mesa de cirurgia. Depois desse socorro emergencial é que o paciente deverá ser encaminhado para receber atendimentos de UTI. Portanto, em princípio, não há a necessidade de uma UTI instalada em todas as clínicas.

O que é imprescindível é que a clínica esteja instalada em local adequado, com acesso a elevador de grande porte, que aloje uma maca com dois metros de comprimento e, ainda, que o edifício também possua rampas de acesso para ambulância e para o pessoal do SAMU ou correlato.

A conclusão a que podemos chegar é que a presença de UTI não representa segurança adicional em si, se não houver o socorro emergencial do intensivista. Eis a questão!

**Antonio Carvalho da Silva é médico formado pela Universidade de Brasília, com "fellowship nell'Università degli Studi di Roma - La "Sapienza", Itália, é Doutor em Oftalmologia p/Universidade de São Paulo - FMRP, é conselheiro do CRM - DF e Editor da Ética Revista do CRM-DF. E-mail: antocarva@msn.com*

CRM-DF SRTVS 701– Centro Empresarial Assis Chateaubriand Bloco II salas 301-314
Brasília-DF CEP.: 70340-906

Telefone.: (061) 322-0001/Fax.: 226-1312
www.crmdf.org.br E-mail.: crmDF@crmDF.org.br
