



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

**PARECER CREMEB Nº 04/13**  
(Aprovado em Sessão Plenária de 10/01/2013)

**EXPEDIENTE CONSULTA nº. 007.840/2012**

**ASSUNTO:**

1. Critérios para uso do prontuário eletrônico.
2. Necessidade de autorização do responsável para inserir paciente em programa de cuidados paliativos.

**RELATOR DE VISTAS:** Cons. José Abelardo Garcia de Meneses

**EMENTA**

1. Em documentos médicos é indispensável a identificação com o número de registro no Conselho e assinatura do responsável. Prontuário eletrônico exige assinatura digital ou identificação por senha pessoal. Para os documentos em suporte de papel deve haver a assinatura e identificação dos profissionais. A exigência de aposição de carimbo não encontra respaldo legal.
2. A autorização expressa para inclusão de paciente em programas de cuidados paliativos é eticamente aceita após definição de apoio logístico por parte da instituição, preparo do ambiente familiar e convencimento das vantagens para o paciente e sua família.

**EXPOSIÇÃO**

A consulente encaminha mensagem eletrônica contendo duas questões distintas:

*“Gostaria de um esclarecimento a respeito de uma dúvida que estamos tendo nas Comissões do Hospital.*

*Na Comissão de Prontuários temos percebido diversas evoluções de profissionais sem carimbo e assinatura. Utilizamos prontuário eletrônico e imprimimos as evoluções semanalmente. Esta prática tem respaldo junto ao conselho de classe?*

*A outra situação diz respeito a Comissão e Cuidados Paliativos. Temos um formulário para assinatura do médico para inserir um paciente em cuidados paliativos e tem um local para assinatura do familiar. Qual a opinião dos senhores?”*

**PARECER**

Para a primeira questão é provável que uma leitura atenta das resoluções citadas abaixo seja esclarecedora. Cabe lembrar que a exigência de aposição de carimbo não encontra respaldo legal



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

restando a obrigatoriedade de identificação médica por meio do número de registro no CREMEB. Entretanto, uma vez impresso o documento é indispensável também a assinatura do médico assistente ou o médico responsável pelas anotações. Destaque-se que avançamos para a assinatura eletrônica para um futuro bem próximo com dispõe a Res. CFM 1.821/07 (**Art. 4º** Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal. **Art. 5º** Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.”).

**RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Para a questão dos Cuidados Paliativos insta festejar o interesse da instituição em evoluir no atendimento e acolhimento das pessoas que tem o infortúnio de avançar para o final da vida nestas condições.

São transcritos trechos do parecer da lavra da Cons<sup>a</sup> Sumaia Boaventura André, apresentado à Plenária desta casa em 31 de outubro do corrente, por conter fundamentos necessários à conclusão das vistas:

*“Cuidados paliativos são a modalidade de atendimento e assistência indicada para os portadores de doenças incuráveis e em fase avançada de evolução, para as quais todos os recursos de possibilidade de cura foram esgotados, ressaltando que o foco do tratamento é a pessoa, não a doença (Moritz RD, Conflitos Bioéticos do viver e do morrer, CFM/2011, p 42).*

*De acordo com a OMS “os cuidados paliativos são uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. Sua atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, mediante o reconhecimento precoce de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, e das demandas, quer de natureza física, psicossocial ou espiritual. A autora do capítulo sobre conceituação de cuidados paliativos, Dr<sup>a</sup> Claudia Burlá (Moritz RD, Conflitos Bioéticos do viver e do morrer, CFM/2011, p.44), ressalta a inclusão, nesta definição, dos familiares de pacientes como também beneficiários dos*



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

*cuidados e a extrapolação, para além dos aspectos físicos exclusivamente, do atendimento das demandas psicossociais e espirituais.*

*A OMS, identificando aspectos cruciais dos cuidados paliativos, insere a utilização dos recursos de uma equipe multiprofissional para focar as necessidades dos paciente e seus familiares, incluindo acompanhamento no leito (pg. 45).*

*Burlá esclarece que a intervenção paliativa constitui uma modalidade terapêutica interdisciplinar que objetiva o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com doença incurável, em evolução para a morte. É específica para aplicação em situações em que existe uma expectativa de vida limitada pela própria progressão da doença e as intervenções não irão influenciar no tempo de vida da pessoa, mas sim em sua qualidade, aliviando qualquer sintoma que acarrete sofrimento (Moritz RD, Conflitos Bioéticos do viver e do morrer, CFM/2011, fls. 47).*

*Em medicina paliativa utiliza-se uma escala chamada PPS (Palliative Performance Scale) que varia de 0% a 100% em 11 estágios e intervalos de 10 em 10. Baseia-se em cinco parâmetros básicos: capacidade de locomoção, atividade e evidência da doença, capacidade para o autocuidado, ingestão alimentar espontânea e nível de consciência. Em pacientes com capacidade funcional previamente comprometida (sequelados neurológicos graves e dementados, por exemplo), os demais indicadores se tornam mais expressivos para a presunção de mortalidade; em pacientes sob sedação profunda (durante ventilação mecânica, por exemplo) o PPS perde a força como parâmetro (pg. 53) (fonte: Victoria Hospice Society J. Pall Care 9 (4):26-32. Tradução oficial de Maria Gorette Maciel Ricardo Tavares de Carvalho RTTP://www.victoriahospice.org/sites/default/files/imce/PPs%20portuguese.pdf.pdf).*

*Maria Gorette Sales Maciel, discorrendo sobre assistência à terminalidade da vida e a orientação do cuidado paliativo, identifica pontos-chave na assistência ao morrer, dentre os quais “manter atenção continua à família, certificando-se, sempre, da compreensão da cadeia de eventos atuais. Dar ênfase no significado da vida da pessoa e no papel primordial da família neste difícil momento”. (Moritz RD, Conflitos Bioéticos do viver e do morrer, CFM/2011, fls. 58).*

*No CEM/09 existem alguns artigos que podem constituir a base para a reflexão sobre a questão posta. Assim, no Capítulo IV – Direitos Humanos, o Art. 22 veda ao médico “Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. O Art. 24 veda ao médico “Deixar de garantir ao paciente o*



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

*exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”.*

*No capítulo V – Relação com pacientes e familiares, o Art. 31 veda ao médico “Desrespeitar o direito do paciente ou do seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”. O Art. 32 veda ao médico “Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”. O Art. 34 veda ao médico “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”. Os artigos enunciados explicitam a autonomia do paciente. Esta autonomia não é subtraída pelo fato de familiar assinar formulário de cuidados paliativos.*

*Considerando as características dos pacientes a serem beneficiados pelos cuidados paliativos, e a abrangência destes cuidados para englobar a família, esta assinatura significa anuência familiar em participar das atividades, na perspectiva de também serem beneficiários do programa. Todavia, não existe base no CEM para considerar a autorização familiar obrigatória; ela é necessária para a viabilização desta modalidade de assistência.”*

### **CONCLUSÃO**

A partir da segunda metade do século XX o paradigma da decisão médica autoritária e hierárquica baseada no paternalismo passou por reformas substanciais. Vários documentos foram produzidos, normas foram gradativamente sendo aplicadas até que o médico passou a compreender a importância do processo de tomada de decisões compartilhado com o paciente, e na sua impossibilidade pelo seu representante legal.

Face ao aumento da longevidade e a possibilidade do aparecimento de doenças crônicas e progressivas é necessário que este processo decisório seja ainda mais claro, mais compartilhado e mais compreendido entre os profissionais de saúde e os familiares daquele que será assistido neste novo e revolucionário modelo de assistência. Este processo requer o preparo e a aceitação da família e a adequação do ambiente familiar onde o paciente será reinserido nesta nova realidade, dessa forma, o processo assume proporções o qual deve ser regido pela solidariedade dos agentes sociais.



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Nesta modalidade de atendimento para o qual o acolhimento é a palavra chave a ser dedicado aos pacientes e respectivos familiares, o cenário não será mais o anterior. Os profissionais de saúde inseridos neste contexto devem preparar os familiares para a abordagem na procura do bem-estar do doente, não se esquecendo de que o estado brasileiro ainda tem uma dívida social enorme, fruto de uma política governamental socialmente injusta e perversa e que cada ser deve-se ajustar dentro nos limites de sua inserção social para contribuir com disponibilidade na procura do bem-estar do paciente a viver com dignidade, amparado e acolhido em suas necessidades. Deve ser avaliada a dificuldade de comunicação e informação e em consequência as dificuldades de gestão destes “leitos hospitalares à distância”, inclusive a acessibilidade a medicamentos e apoio técnico com rigor científico.

Inexistindo este apoio logístico haverá dificuldade na aceitação por parte de grande número de famílias e aí se instalar o “bloqueio” a iniciativa de relevância social e humanitária. Não podemos olvidar que existe um quantitativo de leitos hospitalares utilizado por pacientes sem indicação para lá estarem. Assim impõe a abordagem deste dilema ético posto a real possibilidade de se agravar a assistência e encaminhar para o que se denominou de mistanásia ou eutanásia social (a morte miserável sem acesso aos benefícios da atenção à saúde) ante as dificuldades de acesso a rede de leitos hospitalares para os que deles necessitam ante a agudeza de uma doença ou vítima do caos urbano atual, uma realidade dura e cruel.

A questão central é, os pacientes e respectivas famílias a quem se destinam o internamento domiciliar e os cuidados paliativos poderão ser beneficiados. No entanto, princípio basilar desta decisão deve ser o respeito a autonomia do doente, quando possível, do local onde pretende viver o final da vida e da aceitação dos seus familiares.

É necessário que neste contexto possam os circundantes ao paciente encarar a doença como causa de sofrimento e que é necessário minorá-lo e que há possibilidade concreta de encerrar momentos de reconciliação e crescimento.

Portanto, apenas admitir que a aposição de uma assinatura num documento frio e pessoal seja a concordância absoluta não pode ser encarado como eticamente e legalmente aceito. Por óbvio que não está em questionamento se a instituição consulente adota conduta diversa da que o CREMEB preconiza, apenas sendo uma manifestação de um conselho de fiscalização do exercício ético-profissional, não poderíamos deixar a oportunidade de também doutrinar nesta questão para não nos divorciarmos da realidade. A obtenção do consentimento livre pós-esclarecimento em linguagem clara,



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

objetiva e acessível é pedra angular na construção de uma base sólida para que não seja em algum momento motivo de discórdia e conflitos.

Este é o **PARECER**. SMJ.

Salvador (Ba), 03 de dezembro de 2012.

**Cons. JOSÉ ABELARDO GARCIA DE MENESES**

RELATOR DE VISTAS

