



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

## **PARECER CREMEB Nº 06/19**

(Aprovado em Sessão Plenária de 12/03/2019)

**PROCESSO CONSULTA 000.016/17**

**ASSUNTO:** Acompanhamento de pacientes em serviço de referência em obesidade e diabetes.

**RELATOR:** *Conselheiro João Eduardo Pereira.*

**EMENTA:** Utilização do sistema de referência e contra referência do SUS, mediante os canais de regulação competentes, em casos de baixa adesão, abandono ou recusa de procedimentos/estratégias diagnósticas e terapêuticas: ausência de infração ético-profissional. Necessidade de esgotar as possibilidades de intervenção em sentido contrário. Registro dos fatos e ações realizadas em prontuário, inclusive termo de esclarecimento. Fornecimento de relatório de contra referência. Inadmissibilidade de obstáculos para o retorno do paciente ao serviço de referência, caso mude de entendimento.

### **DA CONSULTA**

Em 15/09/2017, foi protocolado a consulta encaminhada pela Diretora médica de um centro de referência do SUS, onde consta solicitação de orientação para situações a seguir expostas:

*"1-Trabalhamos em equipe multidisciplinar que atende a pacientes em tratamento clínico e pacientes em pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica...Em nosso fluxograma, se o paciente não quer submeter-se a cirurgia bariátrica, opta pelo tratamento clínico, recebe orientação da psicologia, nutrição e do médico, com prescrição inclusive de drogas anti-obesidade. **Quando não adere ao tratamento não perde peso ou falta duas consultas seguidas sem justificativa a alta do núcleo de obesidade é programada;** com encaminhamento para a rede básica de saúde portando relatório para que possa ser acompanhado na atenção básica."*

*"2 - No núcleo de atendimento ao diabético, temos com frequência pacientes que faltam sistematicamente consultas agendadas não aderem as recomendações para controle, comparecem a unidade apenas para consulta, visando renovação de receitas medicas. **E possível alta da unidade com encaminhamento para atenção básica sem que isso possa ser interpretado como falta de ética profissional?** Como somos Centro de Referência para estas patologias gostaríamos de parecer quanta a ética na atitude de dar alta a esses pacientes que ocupam sobrecarregadas agendas do CENTRO, no intuito de abrir vagas para atendimento daqueles **querealmente querem se tratar.**"*

### **DA FUNDAMENTAÇÃO**

Os questionamentos postos no presente expediente-consulta revelam-se importantes por dois fatores: 1) Envolvem condições nológicas prevalentes e de grande importância para o planejamento e gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde (SUS); 2) Colocam face a face dois aspectos estruturais do SUS: O direito ao acesso do usuário ao Sistema em contraposição à necessidade de planejamento dos fluxos de manejo dos pacientes, com vista a garantir o



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

equilíbrio e a correta alocação dos recursos, os quais são finitos por natureza (limitações próprias das rubricas pactuadas no orçamento da Saúde Pública).

## Do Direito a Saúde e do planejamento das ações de assistência à Saúde

O direito à saúde está previsto na Constituição Federal de 1988:

*Art. 6º São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.*

*Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.*

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

*I - Universalidade da cobertura e do atendimento;*

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

*Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.*

*§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:*

*III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.*

Especificamente em relação ao Sistema único de Saúde, a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, dispõe o seguinte:

*Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

*§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.*

*Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no*



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 15º. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

II - Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

X - Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

II - Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

IX - Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.



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

No âmbito nas normas infralegais, destaca-se a Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS:

*Art. 2º - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:*

*III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.*

*Art. 5º - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:*

*IV - O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.*

*Art. 8º - As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.*

*§ 1º São atribuições da regulação do acesso:*

*VI - Construir e viabilizar as grades de referência e contra referência;*

*§ 2º - São atribuições do Complexo Regulador:*

*III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;*

*Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:*

*§ 2º Cabe aos Estados:*

*IV - Coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;*

*VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados.*

A análise dos dispositivos legais registrados em epígrafe permite identificar que é inequívoco o direito ao acesso aos serviços de assistência da saúde do SUS. Contudo, ao mesmo tempo e de modo indissociável, o legislador, tanto na Carta Magna quanto na Lei 8080/90 e na Portaria 1558/2008, deixa cristalina a necessidade de organização e planejamento dos recursos do SUS, com definição de fluxos por tipo e complexidade dos agravos, segundo um sistema hierarquizado de referência e contra referência, observando a melhor utilização dos recursos disponíveis, baseado em um planejamento orçamentário e em dados epidemiológicos, com fins a garantir a maior cobertura do sistema.



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

## Das normas éticos-profissionais

Vale ressaltar que, como em todo processo de tomada de decisão médica, o profissional deve se pautar pelos ditames do nosso Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018). Para o caso em tela, destaca-se a observação dos seguintes dispositivos:

### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

*I – A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.*

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

*XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.*

*É vedado ao médico:*

*Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.*

*Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.*

*Art. 34. 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.*

*Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.*

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

*Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.*

## DAS CONCLUSÕES

No presente caso, encontra-se a difícil tarefa dos gestores e dos profissionais da assistência de serviço de saúde do SUS em dimensionar o acesso ao serviço de referência com as possibilidades de oferta do mesmo. O processo de tomada de decisão médica é complexo e



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

envolve múltiplos fatores, os quais devem ser analisados e valorados pelo profissional, seja em âmbito assistencial ou de gerenciamento. Para uma decisão mais sólida o profissional deve lastrar-se nos dispositivos legais, normas infralegais e, sobretudo, nos ditames do Código de Ética Médica. No caso concreto, os principais marcos regulatórios a serem observados pelos profissionais em situações correlatas estão citados acima.

Sabe-se que a probabilidade de adesão ou não a um determinado tipo de procedimento ou estratégia diagnóstica ou terapêutica é multicausal, sendo um processo complexo por natureza. Algumas estratégias podem melhorar tal probabilidade, sobretudo, a construção e nutrição contínua de uma boa relação médico-paciente. O esclarecimento detalhado, contínuo e repetitivo do paciente e/ou responsável é uma ferramenta indispensável neste cenário. Buscar a compreensão dos motivos que levam à recusa ou baixa aderência deve ser um objetivo central do profissional que se depara em tal circunstância. Neste cotejo, deve-se lançar mão, além da abordagem médica, do auxílio de profissionais que compõem a equipe multiprofissional (ex: assistentes sociais, psicólogos etc.). As dúvidas devem ser prontamente dirimidas e as causas de base identificadas e contornadas, sempre que possível.

Por outro lado, é de conhecimento público as dificuldades de financiamento, planejamento e gestão do SUS. Tal situação conduz a dificuldades em ofertar, de modo preciso, diversos serviços de assistência à saúde. Neste sentido, não é admissível que o sistema de referência e contra referência do SUS seja utilizado como instrumento para mitigar tal deficiência. Para exemplificar, por analogia de situações, traz-se aqui o disposto no PARECER CREMEB Nº 43/13, EXPEDIENTE CONSULTA Nº 006.352/13, do RELATOR Cons. Otávio Marambaia dos Santos:

*EMENTA: É responsabilidade do médico regulador a decisão técnica de gerir os meios à sua disposição para melhor atender as necessidades do serviço. Diante de falta de condições estruturais que possam comprometer a qualidade do atendimento médico ao paciente é seu dever levar os fatos ao conhecimento do diretor técnico cobrando a resolução do problema. Não havendo resposta do mesmo deve encaminhar os fatos a Comissão de Ética da instituição ou ao Conselho Regional de Medicina. Sob nenhuma hipótese deve o socorrista - plantonista abandonar o plantão sem a presença do seu substituto.*

Restando claro, portanto, que a utilização da contra referência não pode ser utilizada para remediar a falta de disponibilidade de profissionais e estrutura do serviço.

## DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES FORMULADAS

Questão 01: "Trabalhamos em equipe multidisciplinar que atende a pacientes em tratamento clínico e pacientes em pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica...Em nosso fluxograma, se o paciente não quer submeter-se a cirurgia bariátrica, opta pelo tratamento clínico, recebe orientação da psicologia, nutrição e do médico, com prescrição inclusive de drogas anti-obesidade. **Quando não adere ao tratamento não perde peso ou falta duas consultas seguidas sem justificativa a alta do núcleo de obesidade é programada** com encaminhamento para a rede básica de saúde portando relatório para que possa ser acompanhado na atenção básica."



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

*Questão 2: “No núcleo de atendimento ao diabético, temos com frequência pacientes que faltam sistematicamente consultas agendadas não aderem as recomendações para controle, comparecem a unidade apenas para consulta, visando renovação de receitas medicas. **E possível alta da unidade com encaminhamento para atenção básica sem que isso possa ser interpretado como falta de ética profissional?** Como somos Centro de Referência para estas patologias gostaríamos de parecer quanta a ética na atitude de dar alta a esses pacientes que ocupam sobrecarregadas agendas do CENTRO, no intuito de abrir vagas para atendimento daqueles **querealmente querem se tratar.**”*

**RESPOSTA:** Não se vislumbra infração ético-profissional nos casos em que o médico utiliza os mecanismos de referência e contra referência do SUS, mediante os canais oficiais de regulação, após esgotadas as tentativas (inclusive com a participação de equipe multiprofissional, se disponível) de identificar e contornar as causas que ensejam baixa adesão, abandono ou recusa ao tratamento. Ressaltando-se que todas estas ações devem constar registradas em prontuário, além do fornecimento de relatório para o setor/ unidade que o paciente será destinado (regulado). Frise-se que, caso mude de entendimento, não pode haver impedimentos para que o paciente seja reencaminhado ao centro de referência para nova avaliação.

Este é o parecer, s.m.j.

Salvador, 12 de março de 2019.

**Conselheiro João Eduardo Pereira**  
RELATOR