



## **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 sobre carregadas agendas do CENTRO, no intuito de abrir vagas para atendimento daqueles que realmente querem se tratar.”*

### **DA FUNDAMENTAÇÃO**

Os questionamentos postos no presente expediente-consulta revelam-se importantes por dois fatores: 1) Envolvem condições noológicas 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



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*



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.*



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.



## 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



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 continua de uma boa relação médico-paciente. O esclarecimento detalhado, continuo 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."*



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 sobre carregadas agendas do CENTRO, no intuito de abrir vagas para atendimento daqueles que realmente 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