

The background features a pair of ornate scales of justice and a wooden gavel resting on a stack of books. The scales are positioned in the upper half, and the gavel is in the lower half. The entire scene is set against a light-colored background with a dark blue diagonal graphic element on the left side.

GUIA JURÍDICO

de orientação profissional ao médico oftalmologista

2016/2017



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Empresa Certificada

ISO 9001:2015



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
Empresa Certificada
ISO 9001:2015

GUIA JURÍDICO

de orientação profissional ao médico oftalmologista

2016/2017



Guia jurídico de orientação profissional ao médico oftalmologista – 2016/2017 CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia

EXPEDIENTE

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
Utilidade Pública Federal Portaria Nº 485 de 15/06/2000

Filiado à:

Associação Médica Brasileira
Associação Panamericana de Oftalmologia
Concillum Ophthalmologicum Universale

Rua Casa do Ator, 1117 - cj. 21
Vila Olímpia - CEP: 04546-004 - São Paulo - SP
Tel.: (55 11) 3266.4000 / Fax: (55 11) 3171.0953
assessoria@cbo.com.br - www.cbo.com.br

Colaboraram na elaboração desta publicação:

Dr. José Alejandro Bullón (Coordenador Jurídico do CBO)
Dr.^a Juliana Ozorio de Albuquerque Bullón (Assessora Jurídica do CBO)
Dr. Carlosmagnum Nunes (Assessor Jurídico do CBO)
Dr.^a Isabella Silva Carvalho de Andrade (Assessora Jurídica do CBO)
Dr. Gabriel Carvalho (Advogado da FeCOESO)

Prezado colega,

A publicação que você tem em mãos agora deveria ser irrelevante, mas não o é.

Em um mundo ideal, médicos deveriam se preocupar apenas com seu aperfeiçoamento científico e técnico, a fim de que pudessem oferecer o melhor atendimento aos seus pacientes, dentro dos mais rigorosos princípios éticos e científicos.

Mas no mundo real, cada um de nós, no exercício da Medicina, precisa se manter atento aos ditames legais que se fazem presentes em nossa prática profissional.

Dentre esses ditames, temos questões relacionadas ao exercício ilegal da especialidade, ao relacionamento com as operadoras de planos de saúde e ainda, à interface com os pacientes. Para nós que escolhemos a Medicina pode parecer estéril e inútil. Mas não podemos usar a nossa vocação e nossas boas intenções como desculpa para buscarmos ficar ao largo de tais questões.

Precisamos conhecer nossos direitos, os caminhos que existem para que façamos valer nossas prerrogativas profissionais, e nossas obrigações diante da sociedade e de nossos pacientes.

Porisso, afirmo: ler esta publicação é muito importante, e tê-la à mão, para consulta em no consultório, é fundamental.

Para dirimir qualquer dúvida que surja sobre os temas aqui tratados, lembre-se: o Departamento Jurídico e a CSS.S do CBO estão à sua disposição, aliás, como toda a estrutura do CBO.

Homero Gusmão de Almeida

- 05 **PARTE I**
Aspectos legais do exercício da Oftalmologia
- 20 **PARTE II**
Aspectos legais do relacionamento entre
oftalmologistas e pacientes
- 27 **PARTE III**
Aspectos legais do relacionamento entre oftalmologistas
e operadoras de planos de saúde



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
Empresa Certificada
ISO 9001:2015

PARTE I



GUIA JURÍDICO

de orientação profissional ao médico oftalmologista

2016/2017

Aspectos legais do exercício da Oftalmologia

Entendendo a Lei do Ato Médico

Antes de quaisquer considerações, é essencial analisar o normativo pátrio máximo, já que decorrem dele todas as demais normas vigentes. Nesse sentido, a segunda parte do inciso XIII do art. 5.º da Constituição Federal estabelece a possibilidade da restrição legal da liberdade para o exercício das profissões, quando diz: *“é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”*. A nossa Carta Magna faz referência às profissões que foram criadas por lei e em cujo diploma legal são estabelecidas as condições, prerrogativas, atribuições, etc., para o exercício destas atividades.

O que resta inequívoco é a imposição constitucional de autorização legal prévia para o exercício das profissões regulamentadas no Brasil. Portanto, uma profissão somente pode ser exercida se existir legislação específica que preveja seus atos e que autorize sua atuação.

Repita-se, antes de analisar a nova lei do Ato Médico e sua repercussão em relação à legislação já existente, é necessário entender efetivamente o que diz e qual é a abrangência desse novo normativo legal.

Com a edição da Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) toda e qualquer dúvida que existia em relação aos atos que podem ser realizados pelos profissionais médicos foi dirimida, já que expressamente estabelecidos em lei, inclusive quais os atos privativos dessa atuação.

Parafraseando um médico alagoano, a melhor forma de analisar o texto legal é de baixo para cima. Assim, iniciaremos nossa análise a partir do artigo sétimo, ou seja, do final para o início do texto normativo.

Dita o artigo 7º da referida lei que *“Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos”*. O Parágrafo único complementa o pensamento ao estabelecer que a competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

Assim, hoje no Brasil, por expressa e inequívoca previsão legal, é competência do CFM editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

Portanto, somente o CFM detém a competência legislativa para dizer o que é um procedimento médico reconhecido ou experimental, cabendo ainda fiscalizar e punir a desobediência dessa norma.

Apesar da lógica inserida nesse texto legal, trata-se de um incrível avanço, já que uma das maiores discussões enfrentadas pelo movimento médico junto ao Poder Judiciário era a dificuldade dos Juízes assimilarem que o CFM é o ente competente para reconhecer procedimentos médicos tidos ou não como experimentais.

Com a nova lei, essa dúvida é dissipada e se estabelece um paradigma definitivo para direcionar todo e qualquer tipo de entendimento sobre ser o Conselho Federal de Medicina o único ente competente para editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

Seguindo a análise, temos que o artigo 6º da lei dita que a denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da Federação. Esta parte da legislação também é autoexplicativa e impede qualquer outro profissional de ser chamado de médico, por mais lógica que essa previsão possa parecer.

Outro ganho que está inserido no artigo 6º da lei, e que muitas vezes passa despercebido por um olhar leigo, é a assertiva de que o exercício da profissão (de médico) é privativo dos inscritos no Conselho Regional de Medicina.

Apesar de singela e aparentemente sem importância, esta previsão legal é um dos maiores ganhos obtidos pela classe médica nas últimas décadas. Como será demonstrada mais adiante, a delimitação expressa do campo de atuação, geral e específico do médico, impede que outros profissionais, não autorizados ou não habilitados, pratiquem uma série de atos legalmente previstos e atribuídos privativamente aos médicos, seja de fato ou de direito.

O artigo 5º da Lei estabelece que são privativos dos médicos a realização de (a) perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico; (b) ensino de disciplinas especificamente médicas e (c) coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Por mais incrível que pareça, perícias e auditorias médicas vinham sendo realizadas por outros profissionais não médicos, inclusive junto ao Poder Judiciário. Isso não é mais possível depois da edição da lei. Não só perícias e auditorias médicas, como também ensino de disciplinas médicas e coordenação de cursos de graduação e pós-graduação médicas somente podem ser exercidos por médicos. O cerne deste artigo 5º também se constitui em um enorme ganho para a atuação médica. Já temos notícias de Juízes suspendendo ou cancelando perícias médicas judiciais inicialmente marcadas para execução por outros profissionais não médicos e ordenando a remarcação desses atos com o acompanhamento de médico perito.

É importante destacar que para o médico comum todas as disposições legais até agora explicadas podem parecer óbvias. No entanto, não são. Ou melhor, não eram. Muito Juízes e órgãos da Ad-

ministração Pública faziam confusão em relação a quem poderia definir um procedimento médico como experimental ou não e qual o profissional capaz de realizar perícias médicas. Com a nova lei essas dificuldades de entendimento caem por terra, ficando expressamente previsto o que o médico pode fazer.

O artigo 4º traz várias disposições em seu bojo que serão analisadas pontualmente, pois o referido artigo é longo e mescla algumas matérias que deveriam ter sido tratadas de forma isolada no dispositivo legal, o que de fato não ocorreu.

Iniciemos pelas atividades definidas como privativas dos médicos, ou seja, o reconhecimento expresso, em texto legal, de que os atos abaixo previstos somente podem ser realizados por médicos e mais nenhum outro profissional. São eles:

- a)** indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
- b)** indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
- c)** intubação traqueal;
- d)** coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
- e)** execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
- f)** emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
- g)** determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
- h)** indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
- i)** realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
- j)** atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
- l)** atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

Inicialmente temos que a indicação e execução da intervenção cirúrgica, a prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios e a indicação da execução e execução de procedimentos invasivos,

sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias, somente podem ser realizados por profissionais médicos.

Num Brasil onde por ausência de lei, mas principalmente de fiscalização e bom senso, Conselhos como o de Biomedicina, Fisioterapia ou de Farmácia editam normativos que permitem a prática de procedimentos estéticos por seus profissionais, a edição da lei ora em debate é um divisor de águas e um especificador de responsabilidades.

Ao definir de forma expressa que somente o médico pode executar procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, efetivamente salta aos olhos a intenção do legislador em proteger o cidadão de profissionais sem habilitação legal e curricular para praticar atos para os quais não possuem competência, seja no sentido lato ou estrito do termo.

Procedimentos invasivos são aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno. Ora, há que se ressaltar também que inexistente diferença entre procedimentos invasivos ou minimamente invasivos. Nos termos da lei, o fato de ser minimamente invasivo não torna o ato menos invasivo. Assim, sendo o ato invasivo, é um ato privativo do médico.

As atividades previstas nas letras C, D e E dizem respeito a procedimentos de anestesiologia e são extremamente complexos, razão mais do que suficiente para restringir sua realização a profissionais médicos.

Mas o artigo 4º continua arrolando uma série de atividades privativas dos médicos, entre as quais, emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos.

Novo esclarecimento expresso decorre do texto legal ao dispor que qualquer laudo, anteriormente referido, somente pode ser emitido por médico. Isso quer dizer na prática que os laudos emitidos por quaisquer outros profissionais, em relação à matéria ora debatida, tornam-se ilegais, e passíveis de responsabilização por exercício ilegal da medicina.

Continua o artigo 4º destacando que são atividades privativas dos médicos a indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde e realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular.

Repita-se que saltam aos olhos algumas obviedades dispostas no texto legal em análise, mas por incrível que possa parecer, há informes de que outros profissionais não médicos já estariam indicando alta hospitalar e realizando perícias e exames médico-legais. Com a edição desta lei, esses atos passam a ser explicitamente competência privativa do médico.

Finalmente, o artigo 4º também dispõe como atividade exclusiva do médico atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas e atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

Assim, novamente, por óbvio que possa parecer, atestados médicos e de óbito somente podem ser emitidos por médicos.

Uma última atribuição privativa do profissional médico, disposta no artigo 4º da Lei nº 12.842/2013, é a determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico.

Prognóstico pode ser entendido como parecer do médico a respeito da evolução provável de uma doença. Esse raciocínio é lógico, pois como será demonstrado a seguir, o profissional que é competente para realizar o diagnóstico nosológico, será o mais capacitado para definir o prognóstico, este último, repita-se, ato privativo do médico.

Nessa linha de diagnóstico/prognóstico, essencial destacar que outro grande salto de qualidade legislativa dado pela edição da nova lei é a conceituação e a previsão de quem pode realizar o diagnóstico nosológico.

O diagnóstico nosológico está estabelecido no §1º do artigo 4º da lei e é conceituado como a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios: I - agente etiológico reconhecido; II - grupo identificável de sinais ou sintomas e III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

Como alertado anteriormente, a lei também responde quem é o profissional autorizado legalmente para a determinação do diagnóstico e do tratamento de doenças, em seu parágrafo único do artigo 2º, ao dispor que o médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para: I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças e III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Assim, nos dias atuais, fazendo uma pesquisa em toda a legislação pátria, é possível concluir que somente o médico é o profissional habilitado legalmente para a realização de diagnóstico clínico nosológico. Repita-se, nenhuma outra profissão, seja qual for sua área de atuação, ligada ou não à saúde, possui em sua legislação regulamentadora a autorização expressa de realização do diagnóstico nosológico.

Esta assertiva detém uma importância sem precedentes na regulamentação da profissão médica. Isto porque nunca houve dúvida sobre o fato do médico ser o profissional competente para realizar o diagnóstico nosológico, que passa pela anamnese, exame clínico, requisição de exames complementares e definição de hipóteses diagnósticas.

O problema é que se criou uma cultura, incitada pelas demais profissões da área da saúde, de que na inexistência de lei específica, qualquer profissional poderia realizar o diagnóstico nosológico. Este pensamento é oblíquo e carece de fundamentação jurídica, legal e lógica.

O ganho trazido pela nova lei é a constatação inequívoca de que o médico está autorizado legalmen-

te, de forma expressa e inequívoca, a realizar o diagnóstico nosológico, não sendo mais possível alegar a inexistência de legislação que regulamente o tema, como será melhor explicado mais adiante.

Em tempo, é essencial ressaltar que a realização do diagnóstico nosológico não poderia ter figurado como atividade privativa do médico, pois sempre devem ser ressalvadas as competências dos odontólogos e dos veterinários, em suas respectivas e competentes áreas de atuação, estabelecidas em lei.

Assim, num raciocínio lógico e numa interpretação legal não só gramatical, como teleológica e finalística, o simples fato da realização de diagnóstico nosológico não figurar como atividade privativa do médico, não é motivo suficiente e autorizador para que qualquer profissional realize esse diagnóstico.

Como já foi dito no início deste artigo, vivemos em um estado democrático de direito, onde o princípio da legalidade objetiva é um balizador da atuação da administração pública. Assim, a lei, em sentido estrito, sempre será o mestre guia e delimitador de atuação profissional.

Nesse sentido, como reflexo de impositivo constitucional já aventado, ***somente o profissional que tenha em sua legislação a possibilidade e autorização expressa de realização de diagnóstico nosológico pode realizá-lo. Hoje no Brasil, os únicos profissionais que detêm essa prerrogativa são os médicos, os dentistas e os veterinários, cada um em sua respectiva área de atuação, sendo que somente o médico possui essa autorização expressa e inconteta em lei.***

Salta aos olhos entendimentos flagrantemente imparciais, redondamente equivocados e inequivocamente tendenciosos no sentido de que como não é atividade privativa do médico a realização de diagnóstico nosológico, todo e qualquer outro profissional pode fazê-lo.

Repita-se, além de antijurídico, esse entendimento é tendencioso e facilmente contraposto, com base no texto legal ora em debate.

Assim, de fato hoje no Brasil, somente o médico detém competência legal expressa para a realização de diagnóstico nosológico. Portanto, apesar de legalmente a realização de diagnóstico nosológico não ser atividade privativa do médico, em termos fáticos, é sim uma atividade privativa do médico, já que nenhuma outra profissão no Brasil possui autorização legal para realizar tal ato.

Outra conclusão que deve obrigatoriamente ser ressaltada é que ***o simples fato de algumas atividades não terem sido arroladas como privativas de médicos não autorizam, automaticamente, outros profissionais a realizá-las.***

Repita-se que estamos sob o manto do princípio da legalidade e nessa ótica, somente é permitido a cada um dos profissionais a realização de atos prévia e expressamente previstos em lei, não podendo norma administrativa abranger essa atuação.

Essa discussão já vem de anos e ocorreu mais especificamente no debate sobre a prática da acupuntura no País. Apesar da maioria dos precedentes versar sobre a impossibilidade da prática da acu-

puntura por profissionais não médicos, o fulcro desse debate passa pela inexistência de autorização legislativa para que esses outros profissionais, com exceção do médico, dentista e veterinário, pratiquem a Acupuntura, por se tratar de procedimento invasivo e que necessita, prévia e obrigatoriamente, da realização de diagnóstico nosológico. Aliás, esse é o entendimento pacífico e recentíssimo das Cortes Judiciais brasileiras.

A repercussão da Lei n. 12.842/2013 em relação aos Decretos 20.931/1932 e 24.492/34.

Melhor do que uma explicação técnica sobre quais os efeitos de uma lei nova sobre uma lei pretérita e as modalidades de revogação, é a demonstração de um fato concreto e a posição do Supremo Tribunal Federal – STF e do Senado Federal sobre o tema.

Para resumir o histórico, existe uma a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF n. 131 em trâmite perante o STF. A ADPF é uma medida judicial que tramita exclusivamente perante o STF e que tem por objeto evitar ou reparar lesão a preceito fundamental, resultante de ato do Poder Público.

No caso concreto, o Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria - CBOO entende que os Decretos n. 20.931/1932 e Decreto n. 24.492/34 estão impedindo o livre exercício da profissão de optometrista. No dia 02 de agosto de 2013, o STF, na figura do Ministro Relator Gilmar Mendes, solicitou informações à Presidência da República e ao Congresso Nacional, no prazo de 10 dias, a respeito da vigência dos Decretos 20.931/1932 e 24.492/1934, principalmente considerando a superveniência da Lei 12.842/2013.

Em 20 de agosto de 2013, a Advocacia do Senado Federal, na figura do Dr. Rômulo Gobbi do Amaral – Advogado Geral Adjunto do Senado Federal, enviou ao STF o Ofício n. 377/2013 – PRESID/ADVOSF, que dita em sua conclusão:

Conforme já assinalado, ao longo da tramitação do Projeto de Lei n. 268/2002 não houve qualquer referência aos Decretos 20.931/1932 e 24.492/1934, e nenhum dispositivo na Lei n. 12.842/2013 acerca de eventual norma a ser revogada, cabendo aqui a aplicação dos dispositivos constantes no artigo 2 do Decreto-Lei n. 4.657/42 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro – Redação dada pela Lei n. 12.376/2010).

Para entender a resposta do Senado Federal ao STF, é preciso analisar a citada Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, em seu artigo 2, quando dita:

Art. 2º Não se destinando à vigência temporária, a lei terá vigor até que outra a modifique ou revogue. (Vide Lei nº 3.991, de 1961)

§ 1º A lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior.

§ 2º A lei nova, que estabeleça disposições gerais ou especiais a par das já existentes, não revoga nem modifica a lei anterior.

§ 3º Salvo disposição em contrário, a lei revogada não se restaura por ter a lei revogadora perdido a vigência.

O Ofício do Senado Federal ao STF não conclui de forma expressa se os Decretos 20.931/1932 e 24.492/1934 foram revogados pela superveniência da Lei 12.842/2013, mas, levando em consideração o cerne de suas argumentações, não é difícil perceber que o § 2º do artigo acima transcrito é o que melhor se adéqua ao caso concreto, não havendo qualquer hipótese de revogação do novo termo normativo em relação ao antigo.

Portanto, podemos facilmente interpretar que os Decretos 20.931/1932 e 24.492/1934 continuam vigentes, apesar da superveniência da Lei 12.842/2013.

Antes mesmo da edição da lei do ato médico, já palpitava nos Tribunais Superiores o entendimento cristalino de que somente é permitida a realização de diagnóstico nosológico a quem detinha essa permissão legal, o que hoje se exemplifica explicitamente no profissional médico.

Aliás, esse é o entendimento explícito da lei ao prever no §7º do artigo 4º que o disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

Este parágrafo deixa assente que as outras profissões da área da saúde não possuem em seu conteúdo a autorização legal para a realização de diagnóstico nosológico, devendo permanecer resguardadas as demais competências que os mesmos possuem.

Portanto, resta evidente que as previsões legais dispostas nesta lei do ato médico não estão previstas nas leis das profissões citadas, o que não poderia ser diferente.

O importante é deixar claro que a Lei nº 12.842/2013 nada mais é do que um normativo esclarecedor de quais as atribuições e atividades, de fato e de direito, exclusivas dos profissionais médicos e não revogou os Decretos 20.931/1932 e 24.492/1934.

Resumindo:

- A Lei nº 12.842/2013 é um marco histórico para definição expressa das atribuições profissionais exclusivas, de fato e de direito;
- A Lei nº 12.842/2013 é o único dispositivo legal que autoriza um profissional, no caso específico o médico, a realizar diagnóstico nosológico e conceitua o que é diagnóstico nosológico;

- Apesar da definição do diagnóstico nosológico não ser atividade privativa de médico, outro profissional somente pode realizá-la se tiver, em sua lei instituidora e regulamentadora, a previsão para fazê-lo, salvo nos casos de dentista e veterinário, em seus respectivos campos de atuação;
- Apesar de legalmente a realização de diagnóstico nosológico não ser atribuição privativa do médico, de fato somente o médico pode fazê-lo, pois é o único profissional habilitado legalmente para tanto;
- O simples fato de existirem dispositivos vetados na Lei nº 12.842/2013, especialmente no tocante às atribuições privativas de médicos, não autoriza outras profissões a realização dos atos previstos nos vetos. Para a realização desses atos vetados é necessária a autorização e previsão em lei específica e regulamentadora;
- Esse entendimento não é unicamente deste Conselho. Trata-se de farta e torrencial jurisprudência proferida nos últimos 18 meses pelas mais altas cortes judiciais brasileiras, entre elas o STJ e o STF;
- A Lei nº 12.842/2013 não revogou os Decretos 20.931/1932 e 24.492/1934.

Para saber mais sobre o tema:

DECRETO N.º 20.931, DE 11 DE JANEIRO DE 1932

Regula e fiscaliza o exercício da Medicina da Oftalmologia, da Medicina Veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil, e estabelece penas.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm

DECRETO N.º 24.492, DE 28 DE JUNHO DE 1934

Baixa instruções sobre o decreto n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932, na parte relativa de venda de lentes de grau.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24492.htm

LEI N.º 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm

CÓDIGO PENAL DOS CRIMES CONTRA A SAÚDE PÚBLICA – ART. 282

http://www.dji.com.br/codigos/1940_dl_002848_cp/cp267a285.htm#_h1k412830171

LEI 12.842/2013 (Lei do Ato Médico)

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm

Resolução e Pareceres

RESOLUÇÃO CFM N.º 1627/01

Define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado.

PARECER CFM N.º 1684/1984

Dispõe sobre a proibição de médico oftalmologista recomendar casas de óptica.

PARECER CRMRS N.º 26/085

Dispõe que a adaptação de lentes de contato é ato médico.

PROCESSO CONSULTA CFM N.º 1006/89

Dispõe sobre vedação da adaptação de lentes de contato por pessoas não médicas.

PARECER CRMRS N.º 01/90

Dispõe sobre o Decreto Federal n.º 24.492/34.

PARECER CFM N.º 1468/94

Dispõe sobre vedação de venda de óculos sem a prescrição do médico oftalmologista.

PARECER N.º 1110/2000 – PROC/ANVS/MS

Dispõe sobre a legislação que regulamenta a atuação dos profissionais médicos oftalmologistas e técnicos em óptica (optometristas e contatologistas).

PARECER CONSULTA CREMRS N.º 034/01

Exame de refração e adaptação de lentes de contato são atos médicos.

PARECER CREMEB N.º 33/08

Alerta que no Brasil a optometria não existe como profissão independente, e que compete exclusivamente aos oftalmologistas o exame de refração e a adaptação de lentes de contato.

Aspectos legais do exercício da Oftalmologia

Como proceder, diante da atuação de um optometrista em sua cidade:

A defesa das prerrogativas profissionais é um dever de todo médico, principalmente nos dias de hoje, quando tantos profissionais não médicos buscam invadir o campo de atuação estabelecido por lei para os profissionais da Medicina. Nesse sentido, o CBO busca ver respeitados os direitos e prerrogativas profissionais dispostos em lei. Para isso, conta e trabalha com o Ministério Público. Faz parte da tradição do sistema processual brasileiro a intervenção do Ministério Público, na condição de fiscal da lei, nas demandas judiciais de natureza civil. Do ponto de vista constitucional, os integrantes do MPF, em qualquer momento ou em qualquer área de atuação jamais deixam de fiscalizar o cumprimento e aplicação da lei.

Assim, aproveitando que temos a lei do nosso lado e de que o Ministério Público é o fiscal da lei, orientamos todos os médicos que queiram participar da defesa das prerrogativas da profissão médica, a juntar toda a documentação possível (receitas, panfletos, cartazes, foto da fachada, etc.) que comprovem a atuação dos optometristas, fora da permissão legal que lhes é concedida, ou seja, a) manipulação ou fabrico de lentes de grau; b) aviamento perfeito de fórmulas ópticas fornecidas por médicos oftalmologistas e c) substituição por lentes de grau idêntico aquelas que lhe forem apresentadas danificadas.

Esse material deverá ser enviado para o CBO por email, para que a assessoria jurídica possa tomar as medidas judiciais que forem aplicáveis. Cada caso será analisado isoladamente e por isso é importante a atuação do médico em instruir sua denúncia com a maior quantidade possível de provas. Cada médico que colaborar denunciando ao CBO receberá uma resposta ao seu questionamento e poderá acompanhar o andamento da atuação do CBO junto ao Ministério Público de sua cidade.

A Optometria e a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-MTE)

A optometria não é uma profissão reconhecida. Como o próprio Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) traz em seu site oficial, a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. Os efeitos da uniformização pretendida pela CBO são de ordem administrativa e não se estendem às relações de trabalho. Já a regulamentação da profissão, diferentemente da CBO é realizada por meio de lei, cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional, por meio de seus deputados e senadores, e levada à sanção do Presidente da República.

O STJ (Superior Tribunal de Justiça) já possui posicionamento sedimentado sobre o tema ao dispor que a Portaria 397/2002 do Ministério do Trabalho e Emprego (que criou a CBO) é parcialmente inconstitucional, uma vez que extrapolou a previsão legal ao atribuir permissão para que os profissionais optométricos realizem exames e consultas, bem como prescrevam a utilização de óculos e lentes (Resp. 1261642/SC, Rel. Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 28/05/2013).

Equipamentos de uso exclusivo do médico oftalmologista

Sua presença em estabelecimentos comerciais configura a existência de consultório médico e a realização de atos médicos por pessoas não habilitadas. Isto é exercício ilegal da Medicina. O texto abaixo busca oferecer orientações que possam ser encaminhadas para a Vigilância Sanitária, para embasar uma ação.

Cadeira, coluna oftalmológica e refrator “Greens”: são aparelhos utilizados para diagnosticar as ametropias (miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia), possibilitando ao médico definir o tipo de correção para cada caso. Também são usados para avaliar a evolução ou a recuperação de doenças oculares, possibilitando ao oftalmologista acompanhar os resultados de tratamentos e cirurgias.

Em geral, o oftalmologista realiza inicialmente o exame da refração em condições dinâmicas (sem dilatar a pupila) e, em seguida, confirma os achados iniciais em condições estáticas, com a dilatação pupilar, requerendo o uso de midriáticos e/ou cicloplégicos.

O exame de refração é um dos momentos mais importantes na consulta oftalmológica, pois através dele o oftalmologista pode diagnosticar e corrigir as ametropias que causam baixa da visão.

Caixa de Provas: consiste em um conjunto de lentes oftálmicas, sendo elas: negativas, positivas e astigmáticas. São lentes com valores que vão de 1/4 a 20 graus, incluindo ainda filtros, buracos e fendas estenopêicas e uma armação de provas. Tem a mesma função do refrator de Greens, com a diferença que as lentes da caixa de provas são trocadas manualmente.

Lesômetro (do latim, lens, lentis, lentilha + metron, medida): aparelho utilizado para avaliar poder dióptrico (grau) das lentes corretoras, ou seja, das características dos óculos. É de uso comum de médicos oftalmologistas e técnicos em ópticas, bem como dos laboratórios fabricantes de lentes de grau.

Projektor de optotipos (do grego, optós, é, ón, ver, visível): projeta em tela própria, afixada, em geral, a uma distância de seis metros, letras ou outros sinais para que possamos medir a acuidade visual do paciente. Esses símbolos compõem a escala optométrica. As escalas usadas para testar a visão de pessoas alfabetizadas trazem como optotipos letras. Para os iletrados, temos de usar outros sinais: normalmente a letra E em diferentes tamanhos e posições, para que o paciente nos diga para que lado está voltado o E ou para que lado está voltado as pernas do E. Para crianças menores (com idade inferior a quatro anos), a determinação da visão se torna mais difícil, mais laboriosa e outros símbolos e técnicas são usados pelo médico oftalmologista.

Autorrefrator ou refrator computadorizado: possui as mesmas funções do refrator, diferenciando-se pelo fato de ser computadorizado. Também é necessário conhecimento médico geral para avaliar os resultados obtidos, pois grande parte dos achados sofre alterações em alguns estados emocio-

nais, e, também pelo uso de medicamentos, com a idade e presença de doenças (catarata, diabetes, retinopatias, mal-formações pupilares). Na realização da autorrefração usamos colírios midriáticos para dilatação pupilar. Ao contrário, do que os paramédicos afirmam, o autorrefrator não assegura uma boa precisão dos resultados. Assim, sua utilização sem os conhecimentos médicos e oftalmológicos, certamente levará a erros graves ao se receitar automaticamente grau fornecido pelo aparelho, sem que se proceda a uma cuidadosa análise, avaliação e confrontação desses resultados.

Biomicroscópio ou lâmpada de fenda (do grego, bios, vida + mikrós, pequeno, curto + skopein, scópio, ver, observar): a biomicroscopia, como o próprio nome indica, é a microscopia em vida. O biomicroscópio compreende duas partes: um sistema de iluminação em fenda oblíqua, que nós dá a possibilidade do corte óptico, e um microscópio, que vai possibilitar a observação desse corte, com aplicações distintas e alto grau de resolução. Ele permite o diagnóstico de doenças oculares que envolvem o globo ocular e seus anexos. Absolutamente indispensável no consultório do oftalmologista, pois com ele se realiza o exame do segmento anterior (pálpebras, conjuntiva, esclera, córnea, câmara anterior, íris e lente) e do segmento posterior do olho (vítreo, retina, papila óptica e coróide). Com esse instrumental todas as estruturas oculares podem ser analisadas opticamente, impondo-se destacar a grande ajuda rotineira em relação a doenças da conjuntiva (conjuntivites, tumores e degenerações), da córnea (ceratites e ceratopatias de diversas etiologias), da íris (irites e íridociclites), da lente (cataratas, lentecone, lenteglobo), do vítreo (descolamentos, degenerações, inflamações, doenças, vasculares de causas diversas, como, por exemplo, as de origem diabética e hipertensiva) e nervo óptico (papilites, neurites, edema, má-formações, como os buracos de papila). É também utilizado para realizar a gonioscopia (exame do seio camerular e da vasta patologia que o acomete) e a medida da pressão intraocular (tonometria). Indispensável, também, na retirada de corpos estranhos superficiais (epiconjuntivais, episclerais e epicorneanos). O exame biomicroscópio requer o uso de midriáticos (substâncias que dilatam a pupila), de anestésicos tópicos e de lentes especiais para exame do seio camerular (lentes de gonioscopia) e do segmento posterior (lentes de pólo posterior, lente de Goldmann e as chamadas lentes pré-corneanas).

Ceratômetro (do grego Keratos, córnea + metron, medida + sufixo ia): a medida dos raios de curvatura da córnea se presta ao diagnóstico de doenças da córnea pela identificação de irregularidades em sua superfície. Auxilia no diagnóstico dos astigmatismos, principalmente os irregulares (consequentes a traumas corneanos, a queimaduras por substâncias químicas e a doenças superficiais da córnea), é indispensável no diagnóstico e prognóstico (evolução) do ceratocone e na avaliação de olhos candidatos à cirurgia refrativa (laser in situ ceratomileuse, lasik, e a fotoceratectomia refrativa, PRK, por exemplo).

Tonômetro de aplanção (do grego tono, tensão, intensidade + metron, medida): aparelho oftalmológico utilizado para diagnóstico das hipertensões oculares e do glaucoma (formas primitivas e secundárias). Doenças ou variações anatômicas oculares podem fornecer resultados imprecisos. Cabe ao médico interpretar os atos obtidos para firmar diagnósticos ou levantar hipóteses diagnósticas. A tonometria requer a anestesia corneana prévia.

Tonômetro a ar, de sopro ou pneumotômêtro (do grego pneûma, atos, sopro, vento, ar, so-pro divino, espírito, o Espírito Santo + tono + metron): tem as mesmas indicações do tonômetro de aplanção (ver acima), embora sem a precisão do primeiro. Indicado para rastreamento populacional de pressões intraoculares suspeitas, em campanhas preventivas do glaucoma. Normalmente, por sua menor confiabilidade, não é usado no consultório oftalmológico.

Retinoscópio (do latim, rete, retis, rede, pois a retina apresenta uma rede de vasos sanguíneos + skopein, scópio, ver, observar, examinar): aparelho oftalmológico utilizado para diagnóstico das ametropias (miopia, astigmatismo e hipermetropia). Normalmente, seu uso requer a utilização de colírios midriáticos para a dilatação da pupila. Este aparelho não é usado em consonância com a acepção etimológica da palavra, pois ele não se presta ao exame da retina, mas sim, para medir o valor da ametropia (miopia, astigmatismo e hipermetropia).

Oftalmoscópio (do gr., ophthalmós, ou, olho, skopein, scópio): Com esse aparelho nós fazemos a oftalmoscopia, que é o exame do fundo do olho. Existem dois tipos de oftalmoscopia: a direta e a indireta, podendo ser cada uma monocular ou binocular. Modernamente, nós usamos a oftalmoscopia binocular indireta, pois além de propiciar uma melhor resolução das estruturas do fundus (retina, mácula, vasos, papila), ela torna possível o acesso à extrema periferia do fundus. É imenso o manancial de ensinamentos que a todo instante nos dá a oftalmoscopia: na hipertensão arterial, no diabetes, na hipertensão craniana, nas hemopatias, nos colágenos, nos tumores, nas nefropatias, nas hepatopatias, para ficarmos só nesses exemplos. A oftalmoscopia é realizada, sempre, com a pupila dilatada, o que implica uso de colírios midriáticos. Sem um sólido conhecimento médico geral e de toda a patologia ocular, não há como interpretar a oftalmoscopia e retirar dela as preciosas informações diagnósticas e prognósticas não só sobre doenças próprias do olho, mas como, igualmente de uma imensa quantidade de doenças sistêmicas. A rigor, todas as especialidades médicas se beneficiam das informações que os oftalmologistas auferem do exame oftalmoscópico.



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
Empresa Certificada
ISO 9001:2015

PARTE II



GUIA JURÍDICO

de orientação profissional ao médico oftalmologista

2016/2017

Aspectos legais do relacionamento entre oftalmologistas e pacientes

A relação médico-paciente é naturalmente complexa, pois envolve pessoas em posições bastante diferentes, e com nível de conhecimento sobre aquilo que as une, naquele momento, também bastante desigual. Toda a história da Medicina é marcada por uma visão sacerdotal do profissional que a ela se dedica. Por vezes, esta visão ultrapassa a “missão de servir”, e recai no papel mitológico de um semideus, capaz de operar milagres, de resolver quaisquer problemas.

Mas o fato é que a relação médico-paciente é regida por leis que ultrapassam as questões do bom relacionamento pessoal. Conhecê-las é fundamental para assegurar que os direitos e responsabilidades de cada um sejam respeitados e cumpridos.

Os direitos do paciente:

Abandono: após iniciado o tratamento, o médico só poderá abandonar o paciente se ocorrerem fatos que comprometam a relação médico-paciente e o desempenho profissional, e mediante a garantia de que o paciente continuará a ser assistido por outro profissional.

Acompanhante: o paciente pode ser acompanhado por pessoa por ele indicada, nas consultas e durante a realização de exames.

Alta: o médico pode negar-se a conceder alta se considerar que isso pode representar risco de vida para o paciente. Se os familiares, ou o próprio paciente decidirem por ela, mesmo sem a aquiescência do médico, devem responsabilizar-se por escrito.

Autonomia: o paciente pode recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a ele prescritos, desde que esclarecido sobre os mesmos.

Informação: o paciente deve receber informações claras e precisas sobre seu atendimento, o que inclui hipóteses diagnósticas e diagnósticos concluídos, riscos, benefícios e inconvenientes de exames solicitados e ações terapêuticas propostas e duração prevista para o tratamento, além do que mais se julgar necessário para sua compreensão sobre seu quadro.

Pesquisa: nenhum paciente pode ser incluído em uma pesquisa, nem ser submetido a um tratamento experimental sem seu prévio conhecimento e aquiescência.

Sigilo: ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos à saúde pública ou de terceiros.

Prontuário médico:

O prontuário deve conter, além da identificação do paciente, sua evolução médica, exames, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, conduta terapêutica e prescrições. Deve ser guardado por um período de pelo menos dez anos. O paciente tem direito de acesso ao seu prontuário, e sem seu consentimento o médico não poderá revelar seu conteúdo – exceto se intimado judicialmente a fazê-lo.

Consentimento livre e esclarecido:

O consentimento informado, livre e esclarecido é um dever legal do médico. Tem o significado de oferecer conhecimento ao paciente e responsáveis sobre a doença, seus tratamentos, riscos inerentes ao ato ou tratamento, permitindo assim, a livre escolha sobre o seu direito de decidir. O médico não está obrigado a praticar a Medicina de forma distinta da que a sua consciência responsável, acerca da amplitude dos conhecimentos obrigatórios, para exercê-la, manda.

O CBO edita periodicamente o Código de Ética Médica comentado para oftalmologistas, publicação na qual destaca a aplicação do Código para os atuantes na especialidade. Com implicação direta nas questões relativas ao relacionamento entre médicos e pacientes, destacamos:

CA PÍTULO IV - DIREITOS HUMANOS**É vedado ao médico:**

Art. 22. 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.

Art. 23. Tratar o paciente sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

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.

CA PÍTULO V - RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES**É vedado ao médico:**

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

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

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

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. 35. Exagerar na gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

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 lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 39 Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Problemas no atendimento médico:

O atendimento médico pode gerar resultados adversos (danos à vida ou à saúde do paciente), seja pela ação, ou pela omissão do médico. Tais problemas podem ser classificados como imprudência, imperícia ou negligência.

Imperícia – quando o médico comete algum equívoco por desconhecimento, inexperiência falta de habilidade ou de observação às normas técnicas.

Imprudência – quando o médico descuida, pratica uma ação sem a devida cautela, por esquecimento, às pressas, ou de forma precipitada.

Negligência – quando o médico se omite, age com desleixo ou falta de cuidado profissional.

Código de Ética Médica

CAPÍTULO III - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Para saber mais:

RESOLUÇÃO CFM N° 1401/93

Dispõe sobre a qualidade do atendimento médico.

RESOLUÇÃO N.º 1614/01

Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. Revoga-se a Resolução CFM 1.466/96.

RESOLUÇÃO CFM N° 1642/02

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem.

O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito. Revogam-se as Resoluções CFM 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82, 1.340/90.

RESOLUÇÃO CFM N° 1670/03

Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

RESOLUÇÃO CFM N° 1802/06

Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a Resolução CFM n. 1363/1993.

RESOLUÇÃO CFM N° 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 saber mais:**RESOLUÇÃO CFM Nº 1762/05**

Resolve considerar o implante de anel intraestromal na córnea usual, na prática médica oftalmológica, para o tratamento de pacientes com ceratocone nos estágios III e IV. http://www.portal-medico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1762_2005.htm.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1843/08

Dispõe sobre o implante de lente de câmara anterior com suporte iriano como um procedimento usual na prática médica-oftalmológica, para o tratamento de pacientes com altas ametropias e/ou afácicos, para as indicações propostas, ressalvadas as contraindicações referidas.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1886/08

Dispõe sobre as “Normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência”.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1956/10

Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1965/11

Dispõe sobre a indicação, a adaptação e o acompanhamento do uso de lentes de contato, e considera-os como atos médicos exclusivos.



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Empresa Certificada
ISO 9001:2015

PARTE III



GUIA JURÍDICO

de orientação profissional ao médico oftalmologista

2016/2017

Aspectos legais do relacionamento entre oftalmologistas e operadoras de planos de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 1996, vem regulamentando a relação que envolve operadoras de planos de saúde, médicos e beneficiários, com seus interesses próprios e algumas vezes irreconciliáveis.

Algumas reivindicações dos médicos, que eram consideradas utópicas, foram implantadas pela ANS. Podemos citar a TISS, a guia universal, quando antes cada plano de saúde tinha a sua guia, com graus variados de dificuldades. O fato das atuais guias terem o valor de fatura, com os procedimentos previamente autorizados, facilita a cobrança nos casos de inadimplência do plano de saúde.

A criação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) foi prejudicial aos oftalmologistas, já que a utilização de tecnologia diminuiu o tempo despendido tanto para as nossas consultas como para os exames e as cirurgias. Ao se considerar na hierarquização o tempo como principal fator de valoração dos procedimentos, os nossos foram depreciados.

Outro fator, altamente prejudicial aos nossos interesses foi a bipartição dos procedimentos em Unidade de Trabalho Médico (UTM) – que leva em consideração o tempo gasto, a habilidade e a responsabilidade e a Unidade de Custo Operacional (UCO) – que avalia o custo e seus desdobramentos. Em última análise a UCO é quem possibilita a concretização do procedimento, ao remunerar o investimento realizado e suas despesas decorrentes, como depreciação do equipamento, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, impostos e taxas, folha de pagamento, encargos sociais, etc.

Atualmente, as operadoras de planos de saúde se negam a pagar a UCO, aviltando os honorários médicos. A grande evolução da Oftalmologia está intimamente ligada a alta tecnologia, com os modernos aparelhos de facoemulsificação, vitreóforos, raios laser com variadas aplicações, ultrassons, topógrafos, microscópios com diversas finalidades, biômetros, retinógrafos, aberrômetros, tomógrafos de coerência óptica, campímetros visuais...

É notório que a alta tecnologia envolve custos elevados e obsolescência precoce pela própria evolução no que diz respeito ao setor. Os diversos impostos cobrados encarecem sobremaneira a aquisição da aparelhagem e, por conseguinte, a prestação do serviço.

As regras de contratualização têm avançado. Os antigos termos de adesão e as negociações individuais eram nitidamente prejudiciais aos médicos, razões de tanto aviltamento.

Os reajustes anuais passam a ser realidade com a entrada em vigor da Lei nº 13.003 que torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

Foram anos de lutas e empenho de todas as entidades médicas, que não mediram esforços para impedir todas as manobras elaboradas exclusivamente para dificultar a chegada da pauta à sanção presidencial. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia, as Cooperativas Estaduais de Serviços Administrativos em Oftalmologia e sua Federação estiveram presentes nas discussões por todos esses anos.

O CBO criou a Comissão de Saúde Suplementar (CSS), que incorporou as atividades da Federação das Cooperativas Estaduais de Serviços Administrativos em Oftalmologia (FeCOOESO) e, com esse know-how de excelência, esta comissão passou a ser responsável pelas negociações com as operadoras de saúde e, também, pela busca da valorização dos médicos oftalmologistas que atuam na Saúde Suplementar. Apesar de todo avanço, ainda há muito a ser realizado. Um passo importante para isso é que todos tenham ciência das leis e resoluções que regem a relação entre médicos e operadoras de planos de saúde.

A LEI Nº 13.003/14 E AS REGRAS DA RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

A Lei n.º 13.003/14 institui a obrigatoriedade da celebração de contratos escritos entre as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços, regulamentando ainda obrigações mínimas e vedações aplicáveis à matéria.

A ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar divulgou no dia 12 de dezembro de 2014, mediante publicação no Diário Oficial da União, o resultado dos trabalhos desenvolvidos na Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003/14.

A Lei n.º 13.003/14, que entrou em vigor aos 22 de dezembro de 2014, promove alterações nos artigos 17 e 18 da Lei n.º 9.656/98 e institui a obrigatoriedade da celebração de contratos escritos entre as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços, regulamentando, ainda, obrigações mínimas, vedações e conceitos aplicáveis à matéria.

Os encontros da Câmara Técnica, composta por representantes da ANS, das operadoras e dos órgãos de representação e defesa dos prestadores de serviços da área da saúde e dos consumidores, culminou na elaboração das Resoluções Normativas n.º 363, 364 e 365 e Instrução Normativa n.º 56, que entraram em vigor na mesma data da Lei n.º 13.003/14.

A Resolução n.º 363 da ANS dispõe sobre as regras para a celebração dos contratos escritos, inclusive quanto a cláusulas mínimas obrigatórias, limites e vedações aplicáveis à relação entre as partes. Pode-se citar como exemplos de cláusulas e informações obrigatórias a qualificação completa das partes, a descrição do objeto e da natureza do contrato, incluindo o regime e o horário de atendimento, os serviços contratados e seus respectivos valores, bem como os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento, rotina de auditoria técnica, eventos que necessitem de autorização prévia da operadora, penalidades para ambas as partes, forma e periodicidade do reajuste e a definição do Foro de Eleição.

As vedações contratuais, por outro lado, tem como principais expoentes a impossibilidade de exigência de exclusividade na relação contratual, o estabelecimento de regras que impeçam ou dificultem o acesso às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, às justificativas e contestações das glosas, bem como a adoção de índice de reajuste condicionado à sinistralidade da operadora ou que mantenha ou reduza o valor nominal dos serviços.

A obrigatoriedade da formalização de contratos por intermédio de instrumentos escritos encontra-se em vigor, de modo que a partir do dia 22 de dezembro de 2014 devem observar todas as previsões legais atinentes à matéria.

O artigo 21 da Resolução n.º 363 da ANS atribuiu o prazo de 12 (doze) meses, a contar de sua entrada em vigor, para a promoção de emendas e adequação dos contratos celebrados anteriormente à vigência da lei à nova ordem legal. A existência de contratos tácitos não será tolerada após o decurso do prazo estipulado para adequação.

A periodicidade dos reajustes, por força do artigo 12, §2º, da Resolução n.º 365 da ANS, deverá ser anual. Os reajustes deverão ser aplicados, no máximo, a cada período de 12 (doze) meses.

O índice de reajuste convencionado pelas partes pode ser específico (ex.: IGP-M) ou expresso sob a forma de “livre negociação”.

A opção pela livre negociação conduz à obrigatoriedade da definição de um índice a ser aplicado a cada período de 12 (doze) meses. A definição do índice mediante livre convenção deverá ser realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias do início de cada ano-calendário (1º de janeiro).

A inobservância do prazo legal de 90 (noventa) dias para a eleição do índice constitui hipótese de intervenção da ANS, que determinará a aplicação do IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo. O IPCA corresponderá ao acumulado nos 12 (doze) meses anteriores, respeitado o disposto na Súmula n.º 26 da ANS.

A aplicação do reajuste, em qualquer das hipóteses, ocorrerá na data de aniversário do contrato, ainda que esta seja anterior à definição do índice.

Para elucidar a questão, pode-se apresentar a seguinte situação: suponha-se um contrato sujeito à livre negociação possua data de aniversário no mês de janeiro. Se a definição do índice, seja mediante acordo entre as partes ou por determinação da ANS, só ocorrer no mês de março, o reajuste deverá ser considerado de forma retroativa para contemplar o período de defasagem.

A utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados é admitida na composição dos reajustes, desde que previamente discutidos e aceitos pelas partes e em conformidade com a legislação aplicável. Pode-se, por exemplo, adotar os atributos do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS (Resolução n.º 405/2016 da ANS).

O Foro de Eleição dos contratos deverá ser obrigatoriamente o da comarca onde ocorre a prestação de serviços, em verdadeira garantia do direito fundamental de acesso ao Poder Judiciário. No passado muitos prestadores se encontravam geograficamente ou financeiramente impossibilitados de litigar judicialmente acerca de disposições contratuais, visto que o Foro competente para tal era deliberadamente atribuído a Comarca distante.

A Resolução n.º 365 da ANS, a seu turno, dispõe sobre os conceitos, exceções e vedações relativas à substituição de prestadores de saúde não hospitalares, bem como a forma de comunicação aos beneficiários dos planos e seguros de saúde. O Capítulo III da referida Resolução é regulamentado pela Instrução Normativa n.º 56 da ANS, que dispõe sobre a forma de divulgação das informações no Portal Corporativo das operadoras.

A substituição de prestadores descredenciados, sejam eles contratados, referenciados ou credenciados é obrigatória e deve observar os novos prazos para comunicação aos beneficiários das operadoras (30 dias de antecedência), bem como os conceitos e critérios de equivalência impostos pela regulamentação.

O conceito de “equivalência” foi objeto de grande discussão dentro da Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003/14, visto que na ocasião oportunizou-se a ponderação acerca de seu significado e abrangência. Os principais pontos de divergência encontrados permeavam o reconhecimento das diferentes especialidades e a abrangência geográfica.

A Agência Reguladora considerou que não seria possível a fiscalização com base em critérios de equivalência que restringissem a substituição com base na especialidade do prestador, bem como sua localização geográfica. Adotou-se, então, os critérios objetivos previstos no art. 6º e incisos da Resolução n.º 365 da ANS, a saber: Mesmo Tipo de Estabelecimento, conforme registro do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Mesmos Serviços Especializados, conforme registro do prestador no CNES; e Localização no mesmo município, município limítrofe ou região de saúde.

Os prestadores de serviços devem ficar atentos à estrutura de seus instrumentos jurídicos e à legislação vigente, de modo permitir a plena fruição das novas regras protetivas e harmonizar a relação com as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

As dúvidas acerca da validade ou aplicação das disposições contratuais devem ser objeto de consulta às assessorias jurídicas dos órgãos e entidades de defesa profissional.

Os contratos não devem ser assinados até que toda e qualquer controvérsia tenha sido sanada.

Dr. Guilherme Portes

Dr. Jaime Martins

Dr. Gabriel Carvalho

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

Capítulo II

DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Capítulo VII

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Capítulo VIII

REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Capítulo X

DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Capítulo XI

AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Para saber mais:

LEI N.º 9.656 – DE 03 DE JUNHO DE 1998.

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

PORTARIA N.º 44/GM de janeiro de 2001.

Regulamenta a prática de cirurgia ambulatorial.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1673/03

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1722/04

Veda aos médicos prestarem serviços a planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contratos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1819/07

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.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1852/08

Altera o artigo 1º da Resolução CFM n.º 1.616, publicada em 10 de abril de 2001, que trata da vedação de desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Planos de Saúde.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS – RN N.º 259/11

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n.º 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS – RN N.º 363/14

Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS – RN N.º 364/14

Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

SÚMULA NORMATIVA ANS N.º 26/15

Apresenta o entendimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar quanto à aplicação do índice de reajuste da ANS, previsto na Resolução Normativa n.º 364, de 11 de dezembro de 2014.

INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS N.º 61/15

Dispõe sobre a regulamentação dos parágrafos 2º e 3º do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS – RN.º 365/14

Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 56/14

Regulamenta o CAPÍTULO III da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS – RN N.º 405/16

Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS ; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências.

GUIA JURÍDICO

de orientação profissional ao médico oftalmologista

2016/2017

Patronos CBO 2017

Ao longo de sua história, o CBO tem buscado oferecer serviços úteis aos seus associados. Esse esforço contínuo requer investimentos maiores do que uma sociedade médica como a nossa é capaz de realizar sozinha.

Felizmente, não estamos sós. Contamos com empresas que tanto atuam na Oftalmologia, como reconhecem nossos esforços. Também sabem a importância de levar serviços aos nossos associados, e acreditam no trabalho que realizamos. Por isso, em tempos de verbas curtas em todos os setores e instâncias, investem em nossas ideias, em nossos projetos.

Carinhosamente, referimo-nos a essas empresas como Patronos CBO. Em 2017, os projetos do CBO contam com o apoio da Alcon, Allergan, Genom, Johnson & Johnson e Latinofarma, que agora recebem aqui nosso sincero:

Muito Obrigado!

Alcon A Novartis
Division

Allergan

GENOM
OF TALMOLOGIA

Johnson & Johnson VISION

LATINOFARMA



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
Empresa Certificada
ISO 9001:2015

Rua Casa do Ator, 1117 - cj. 21
Vila Olímpia - CEP: 04546-004 - São Paulo - SP
Tel.: (55 11) 3266.4000 / Fax: (55 11) 3171.0953
assessoria@cbo.com.br - www.cbo.com.br