

NÃO AO ATO MÉDICO? NO TO “ATO MÉDICO”?

David Gonçalves Nordon¹, Rafael Aizenstein Cohen²

A medicina talvez seja a mais antiga das profissões. Temos conhecimentos dos primórdios da medicina desde o uso de ervas por homens na Pré-história.

Hipócrates é conhecido como o pai da medicina ocidental, ao redor de 3000 anos atrás e, ao mesmo tempo, do outro lado do mundo, na China, talvez ainda antes, algo como 1000 ou 2000 anos, já se iniciava o desenvolvimento da medicina oriental, tendo como sua figura central o Imperador Amarelo.

Entretanto, apesar de sua longa história na nossa sociedade, a medicina ainda passa por algumas dificuldades de definição. Inicialmente responsável por cuidar dos doentes, com o passar do tempo nós observamos diversas outras profissões se ramificarem a partir da medicina, cuidando de áreas específicas da saúde. A mais antiga dessas ramificações se relaciona à enfermagem, figura essencial na equipe multiprofissional de saúde e, ao mesmo tempo, autônoma em seus diagnósticos e intervenções.

Com o passar do tempo, novas profissões foram surgindo, atuando direta ou indiretamente na saúde do indivíduo: odontologistas, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, assistentes sociais, etc. Justamente para poderem se diferenciar e se individualizar com relação à medicina, cada uma dessas profissões necessitou de estatutos e leis que criassem definições sobre quais suas competências. No Brasil, a medicina ainda não teve suas competências elencadas pelo Congresso Nacional.

O Projeto de Lei do Ato Médico, iniciado em 2002 como um pequeno texto, de não mais que seis artigos (PL 25/2002), foi o esforço inicial. Durante o processo legislativo, foi avaliado e modificado, em 2004, 2006 e 2009; em 2006, foi aprovado no senado, sob assinatura do senador Renan Calheiros; em 2009 foi reformado e aprovado pela câmara, sob assinatura do deputado José Carlos Aleluia. No momento tramita pelo senado, onde pode ser aprovado ou reformado, antes de ser sancionado e entrar em vigor. Se reformado voltará à câmara, e assim sucessivamente, até ambas as casas o aprovarem na mesma forma.

Contudo, desde o início desse projeto de lei, muitas discussões acaloradas têm se levantado; o projeto parecia, de alguma forma, ferir os direitos de outras profissões já regulamentadas. Dessa forma, o projeto, antes pedra bruta, vem sendo lapidado para que se torne a pedra cúbica perfeita. A dificuldade reside na pergunta: como definir a medicina, quais atos são privativos dos médicos, sem interferir em outras profissões?

Neste artigo, pretendemos discutir um pouco a respeito do conteúdo desse projeto de lei e talvez sanar as dúvidas de muitos profissionais a respeito de sua coerência.

Descrição pormenorizada do conteúdo mais recente do projeto de lei

O primeiro artigo afirma que o exercício da medicina será regido pelas disposições dessa lei.

O segundo artigo define exatamente qual a função do médico diante da sociedade; ele é o responsável pela saúde e

deverá agir com zelo e sem discriminação (como determinado por Hipócrates e em consonância com a Organização Mundial de Saúde).

Suas funções são relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências. Neste ponto enxergamos algumas funções que são relativas inclusive a outras áreas da medicina: enfermagem e fisioterapia, entre outros. Uma vez que a saúde inclui também o bem-estar mental, podemos pensar que também se relaciona às funções dos psicólogos.

O que será restrito ao médico será descrito nos próximos artigos. E, tendo em vista o fato de que as ações em saúde funcionam em uma equipe multiprofissional, o artigo terceiro discorre justamente sobre a colaboração mútua entre os seus componentes.

O quarto artigo discorre sobre o que é privativo do médico. São quinze itens, dos quais ressaltaremos os mais importantes: diagnóstico nosológico e terapêutica, indicação e intervenção cirúrgica, intubação e desintubação traqueal, sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral, laudos de exames endoscópicos e de imagem, procedimentos diagnósticos invasivos e exames anatomopatológicos e atestação de óbito (exceto em casos de morte natural em localidade que não haja médico).

No parágrafo primeiro é definido o que é o diagnóstico nosológico médico, que deve ter pelo menos dois dos seguintes critérios: agente etiológico reconhecido, grupo identificável de sinais ou sintomas e alterações anatômicas ou psicopatológicas. Um problema desta definição é que diagnósticos de enfermagem também podem ser feitos com esses critérios, entre outros. O mesmo se vale para diagnósticos psicológicos e outros. Seria uma restrição às outras profissões?

O parágrafo segundo corrige essa dificuldade. Não são privativos dos médicos, entre outros, diagnóstico psicológico e nutricional e avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva. Não há, contudo, menção ao diagnóstico de enfermagem. Isto é respondido pelo parágrafo 7º (discutido mais a frente).

O quarto parágrafo define o que são procedimentos invasivos exclusivamente médicos (Art 4º: “III – Indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias”): “I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos; II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos”. Outra dificuldade aqui se impõe; serão restritos ao médico diversos procedimentos que não são feitos exclusivamente por ele.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 4, p. 33 - 35, 2010

1. Acupunturista e shiatsu terapeuta pelo Colégio Brasileiro de Acupuntura, São Paulo; acadêmico do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP
2. Acadêmico da Faculdade de Direito - PUC-SP
Recebido em 24/5/2010. Aceito para publicação em 8/10/2010.
Contato: d-nordon@uol.com.br

No parágrafo seguinte são excetuadas do rol das atividades privativas do médico diversas atividades; no PL de 2006 são seis, mas no de 2009 são nove. Através deste parágrafo, ele define que certas ações, que são de enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, biomédicos, fisioterapeutas e outros, podem ser executados por estes.

O parágrafo 6º afirma que o exposto não se aplica ao exercício da odontologia.

O parágrafo 7º visa a clarificar até onde se estende a atuação do médico; são resguardadas as competências específicas de diversas profissões citadas, e outras profissões correlatas que vierem a ser regulamentadas (esta última parte foi adicionada no texto de 2009). A acupuntura não é citada, uma vez que, não sendo ela uma profissão de fato regulamentada no Brasil (qualquer um pode exercer a acupuntura, seja ele técnico ou pós-graduado na área), portanto sem uma entidade de classe, ela entra nessa última parte adicionada no projeto de lei de 2009. Sendo assim, embora o projeto de lei de 2006 comprometesse a atuação dos acupunturistas, o de 2009 não impede sua ação, contanto que venha a ser uma profissão regulamentada. Até lá, entretanto, a não ser que os outros órgãos de classe criem projetos de lei definindo que suas competências incluem, também, procedimentos invasivos como a acupuntura, ela será de exclusividade médica.

Portanto, para os acupunturistas cabe se esforçar para regulamentar a profissão, mais do que tentar impedir a Lei do Ato Médico. Curioso seria o caso de um profissional da saúde, não médico, pós-graduado em acupuntura, exercendo-a, fazendo parte de suas competências.

O artigo 5º define ser privativo do médico a direção e chefia de serviços médicos, a perícia e auditoria médica, coordenação e supervisão vinculadas às atividades privativas do médico, ensino de disciplinas especificamente médicas e coordenação de cursos de graduação em medicina, programas de residência médica e cursos de pós-graduação específicos para médicos. No parágrafo único desse artigo, no entanto, é definido que a direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa do médico. Isto é ruim por um lado e bom por outro; ruim porque outros profissionais, como administradores, podem não necessariamente conhecer o cotidiano da área da saúde como um médico ou enfermeiro; bom porque médicos não possuem a disciplina de administração hospitalar em seus currículos de graduação, comprometendo sua capacidade de gestão que, às vezes, pode ser muito mais bem suprida por outros profissionais da área de saúde, como enfermeiros, por exemplo (que possuem essa disciplina na graduação).

Uma das oposições do manifesto dos psicólogos (referente ao projeto de 2006) era justamente isso; no projeto de 2006 não havia este parágrafo único.

O artigo 6º define que a denominação de médico é privativa dos graduados em cursos superiores de medicina, sendo o exercício da profissão privativo dos inscritos nos CRM com jurisdição na respectiva unidade da Federação. Isso poderia trazer uma dificuldade aos plantões realizados por acadêmicos durante a graduação; é importante que isso seja bem avaliado antes da implantação da lei para evitar o comprometimento do aprendizado dos acadêmicos.

O artigo 7º, artigo final do projeto de lei de 2009, enuncia as competências do CFM com relação aos procedimentos médicos e suas sanções.

Dúvidas comuns

1. Tatuadores serão comprometidos?

Não. De acordo com os itens I e II do parágrafo 4º do

artigo 4º, muitos argumentam que tatuadores seriam impedidos de atuar. No parágrafo 8º, punção é definida como procedimento invasivo diagnóstico e terapêutico; a tatuagem seria interpretada como um ato de invasão da pele para instilação de agentes químicos com fins estéticos. Contudo, o item II comenta que a invasão deve atingir o subcutâneo – desse modo, tatuadores não são impedidos de trabalhar.

2. Fisioterapeutas serão comprometidos?

Não. Ainda no artigo 4º, no item V, diz-se que a definição da estratégia ventilatória inicial para ventilação mecânica invasiva, bem como as mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, são privativas do médico. A palavra importante e que não restringe a atuação do fisioterapeuta ao se utilizar do ventilador mecânico para o seu tratamento é “inicial”. Cabe ao médico, portanto, a prescrição inicial para reverter um quadro agudo, por exemplo, de insuficiência respiratória. Medidas de fisioterapia que possam ser utilizadas posteriormente no tratamento não são impedidas. Por sinal, é importante notar que o artigo 3º do decreto de lei nº 938 (13/10/1969), que rege a fisioterapia, é bastante vago a respeito de onde exatamente o fisioterapeuta pode agir (“É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”), não definindo se ele pode ou não intubar, desintubar ou modificar parâmetros ventilatórios. Nesse ponto, tudo depende da interpretação.

O item IX, no artigo 4º, define a indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário, como parte das ações do médico. Isto é o que geralmente ocorre; o médico atende o paciente inicialmente, prescreve a órtese, e esta é selecionada, adaptada ou adequada pelo profissional com mais experiência, o fisioterapeuta. Isso não impede a sua ação – a indicação de órteses e próteses já não faz parte das competências definidas pela lei que regulamenta a fisioterapia.

Ademais, novamente é importante lembrar que o parágrafo 7º do artigo 4º respeita as competências dos fisioterapeutas. Os médicos, portanto, não irão influenciar de modo algum no serviço deles.

3. A enfermagem será comprometida de alguma forma?

Não. Pelo item III do artigo 9º do Decreto nº 94.406/87 - Regulamentação da Lei nº 7.498/86, que regulamenta a enfermagem (“realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária”), enfermeiras obstetrias ou parteiras podem realizar partos normais com esses procedimentos citados. Muitos afirmam que o Item II do artigo 4º, sobre execução de intervenção cirúrgica, no projeto de lei do ato médico, comprometeria essa atuação, mas, novamente, esta já é uma competência regulamentada da enfermagem e que será resguardada pelo parágrafo 7º.

Um dos argumentos importantes favoráveis a respeito do Ato Médico é a necessidade de equiparar a medicina brasileira a de outros países, ao menos no que concerne às suas ações. Contudo, é observável no item VII desse mesmo artigo, que a execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral são privativos do médico. Nos EUA, enfermeiros podem realizar procedimentos anestésicos.

Estaríamos de fato evoluindo, restringindo essa atuação ao médico? Talvez não.

O projeto de lei deixa um espaço aberto pelo parágrafo 7º para que, após regulamentação pelo COFEN, caso haja interesse, enfermeiros possam, também, realizar tais procedimentos (atualmente, isto não é competência da enfermagem). Talvez fosse interessante, nesse ponto, aproveitar a oportunidade para abrir aos enfermeiros outras permissões, como, por exemplo, a

execução de intubação orotraqueal e suturas simples. Esses simples procedimentos poderiam ajudar, e muito, os médicos em seu dia a dia, atuando tanto em situações de emergências (intubação) como em casos simples (suturas simples), que ocupam o cirurgião quando poderia estar executando outra função nos nossos pronto-socorros superlotados. Esta sugestão, contudo, deve ficar para o futuro.

Outro ponto ainda levantado é o fato de que auditoria médica ficaria restrita a médicos, pelo projeto de lei, o que seria uma forma de “proteção” do médico, para evitar que outros descubram certos “erros crassos”. Teorias conspiratórias à parte, se a auditoria de enfermagem é restrita aos enfermeiros (Item Id, Artigo 8º), por que a auditoria médica não haveria de ser? E, novamente, é importante ressaltar, se isso eventualmente se tornar competência de outra profissão regulamentada, poderá ser feito por outros, também.

Recentemente houve uma discussão, provavelmente associada ao ato médico, por motivos errôneos; o COFEN havia criado uma resolução (272/2002) que permitia aos enfermeiros a prescrição de medicamentos, solicitação de exames e realização de diagnósticos (além dos de enfermagem). Isso foi interpretado como uma exorbitância da lei que regulamenta a enfermagem (item IIc do artigo 8º, da lei que regulamenta a enfermagem – “prescrição de medicamentos previamente

estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”) e foi revogado em 2008. Não teve, contudo, qualquer relação com qualquer item do projeto de lei do ato médico.

CONCLUSÕES

Talvez nenhum outro projeto de lei tenha levantado tantos profissionais em uma luta tão apaixonada e emocionada como esta. Críticas e favoritismos, às vezes infundados, podem se dever a não compreensão total e a uma análise incompleta do projeto de lei, suas nuances e implicações. É importante notar, contudo, que este projeto tem sido pesado e avaliado a cada passo – tanto que já está em andamento há oito anos. Além disso, sua função principal é regulamentar a medicina, e não restringir outras profissões. Tanto que inclui um parágrafo exclusivo para resguardar as competências de outras profissões.

O Ato Médico e a sua relação com as outras profissões ainda têm muito a crescer, e muito ainda falta antes que ele seja aprovado; os autores esperam que com o passar do tempo e a evolução da nossa medicina, os médicos possam cada vez mais compartilhar ações multiprofissionais, visando, sempre, ao bem-estar do paciente e o respeito mútuo entre profissionais.

AGRADECIMENTO AOS REVISORES DA REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA – 2010

A Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba agradece aos membros do Conselho Editorial e aos revisores abaixo listados, responsáveis pela revisão dos trabalhos publicados no ano de 2010, que possibilitaram a publicação de artigos de alto nível científico, dentro do mais absoluto rigor ético:

Antonio Rozas
 Carlos Von Krakauer Hübner
 Cibele Isaac Saad Rodrigues
 Dikran Armaganijan
 Enio Márcio Maia Guerra
 Fernando Antonio de Almeida
 Hamilton Aleardo Gonella
 Hudson Hübner França
 Izilda das Eiras Tâmega
 João Luiz Garcia Duarte
 Joe Luiz Vieira Garcia Novo
 José Augusto Costa
 José Carlos Menegoci
 José Carlos Rossini Iglezias
 José Eduardo de Siqueira
 José Jorge Jarjura Júnior
 José Roberto Pretel Pereira Job
 Marcelo Gil Cliquet
 Marcos Vinícius da Silva
 Marisa Campos Moraes Amato
 Paulo Paredes Paulista
 Rosana Maria Paiva dos Anjos
 Sandro Blasi Espósito
 Saul Gun
 Sérgio von Krakauer Hübner
 Sônia Chebel Mercado Sparti