



Art. 43. Nas internações compulsórias quem determina a natureza e o tipo de tratamento a ser ministrado é o médico assistente do paciente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que este se encontra em condições, cabendo ao diretor técnico médico comunicar tal fato ao juiz, para as providências que entender cabíveis.

Art. 44. As internações psiquiátricas voluntárias, involuntárias e compulsórias somente poderão ser realizadas em estabelecimentos que preencham os requisitos dos artigos 38 e seguintes das presentes normas.

CAPÍTULO X DA ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

Art. 45. Qualquer tratamento administrado a paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário, o qual deve ser organizado de modo a:

- permitir fácil leitura e interpretação por médicos e outros profissionais que o manuseiem;
- possibilitar fácil manuseio e interpretação por auditores e autoridades relacionadas ao controle da medicina;
- contemplar a seguinte ordem: anamnese, folhas de prescrição e de evolução exclusiva para médicos e enfermeiros, folhas de assentamento evolutivo comum para os demais profissionais que intervierem na assistência.

Art. 46. As evoluções e prescrições de rotina devem ser feitas pelo médico assistente pelo menos uma vez ao dia.

§ 1º. Nos estabelecimentos geriátricos, psiquiátricos e de cuidados paliativos, quando se tratar de pacientes agudos ou em observação clínica, as evoluções e prescrições devem ser também diárias.

§ 2º. Nesses mesmos estabelecimentos, tratando-se de pacientes estabilizados, devem ser de, no mínimo, três vezes por semana.

Art. 47. A folha de prescrição deve ter três colunas: a da esquerda conterá data e hora da prescrição; a do meio, o que foi prescrito; e a da direita será reservada à enfermagem, para registro e checagem da hora do procedimento.

Art. 48. A folha de evolução deve ter duas colunas: a da esquerda conterá a data e hora da evolução; a da direita, a evolução do médico assistente, a intervenção de médicos consultores chamados a apoiar a assistência, de médico plantonista nas intercorrências e de médico residente e internista nas intervenções supervisionadas.

§ 1º. A folha de assentamentos de enfermagem também terá duas colunas: a da esquerda, para data e hora; a da direita, para o registro evolutivo de enfermagem e prescrições dos cuidados de enfermagem.

§ 2º. A folha de assentamentos da equipe multidisciplinar deve seguir o mesmo modelo da folha de assentamentos da enfermagem.

§ 3º. As folhas de evolução médica, de assentamentos de enfermagem e de assentamentos da equipe multidisciplinar devem ser de cores diferentes.

§ 4º. A papelaria ou prontuário eletrônico utilizado, quer se trate de estabelecimento público, quer privado, deve obedecer ao disposto na Resolução nº 1.974/11, que disciplina a propaganda e a publicidade médicas.

CAPÍTULO XI DA ANAMNESE

Art. 49. A anamnese é instrumento exclusivo de avaliação propedêutica médica.

Art. 50. A realização da anamnese é obrigatória em qualquer ambiente médico, inclusive em atendimento ambulatorial e nos consultórios.

Art. 51. Para obedecer ao disposto no art. 87 do Código de Ética Médica e seus parágrafos, o registro da anamnese deve, no mínimo, conter os seguintes dados:

- Identificação do paciente: nome, idade, data de nascimento, filiação, estado civil, raça, sexo, religião, profissão, naturalidade, procedência, endereço e telefone;
- Queixa principal: descrição sucinta da razão da consulta;
- História da doença atual: relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;
- História familiar: doenças progressivas na família, estado de saúde dos pais, se falecidos, a idade e a causa, principal ocupação dos pais, quantos filhos na prole, forma de relacionamento familiar, nas avaliações psiquiátricas registrar a existência de doença mental na família;
- História pessoal: informações sobre gestação, doenças intercorrentes da mãe durante a gestação, doenças fetais, parto eutócico ou distócico, condições de nascimento, evolução psicomotora com informações sobre idade em que falou e deambulou; doenças intercorrentes na infância, ciclo vacinal, aprendizado na escola, sociabilidade em casa, na escola e na comunidade; trabalho, adoecimento no trabalho, relações interpessoais na família, no trabalho e na comunidade; puberdade, vida sexual e reprodutiva, menopausa e andropausa; se professa alguma religião e qual; doenças preexistentes relacionadas ou não ao atual adoecimento; situação atual de vida;
- Exame físico: pele e anexos, sistema olfatório e gustativo, visual, auditivo, sensitivo-sensorial, cardiocirculatório e linfático, osteomuscular e articular, gênito-urinário e neurológico com avaliação da capacidade mental;

g) Exame do estado mental (para a psiquiatria e neurologia): senso-percepção, representação, conceito, juízo e raciocínio, atenção, consciência, memória, afetividade, volição e linguagem;

h) Hipóteses diagnósticas: possíveis doenças que orientarão o diagnóstico diferencial e a requisição de exames complementares;

i) Exames complementares: exames solicitados e registro dos resultados (ou cópia dos próprios exames);

j) Diagnóstico: de acordo com o CID da Organização Mundial da Saúde em vigor;

k) Conduta: terapêutica instituída e encaminhamento a outros profissionais;

l) Prognóstico: quando necessário por razões clínicas ou legais;

m) Sequelas: encaminhamento para outros profissionais ou prescrições específicas como órteses e próteses;

n) Causa da morte: em caso de falecimento.

Parágrafo único. Nos atendimentos em ambulatórios ou consultórios de especialidades o registro da anamnese poderá restringir-se aos itens imprescindíveis, no caso, à boa prática diagnóstica e conduta terapêutica.

CAPÍTULO XII DAS PERÍCIAS MÉDICAS E MÉDICO-LEGAIS

Art. 52. Os médicos peritos estão submetidos aos princípios éticos da imparcialidade, do respeito à pessoa, da veracidade, da objetividade e da qualificação profissional.

Parágrafo único. O ato pericial em Medicina é privativo de médico, nos termos da Lei nº 12.842/13.

Art. 53. Os médicos assistentes técnicos estão submetidos aos mesmos princípios, com ênfase ao da veracidade. Como são profissionais a serviço de uma das partes, não são imparciais.

Art. 54. Peritos e médicos assistentes técnicos devem se tratar com respeito e consideração, cabendo ao perito informar aos assistentes técnicos, previamente, todos os passos de sua investigação e franquear-lhes o acesso a todas as etapas do procedimento.

Art. 55. É fundamental, nos procedimentos periciais, a observância do princípio do *visum et repertum* (ver e registrar), de forma que o laudo pericial possa ser objeto de análise futura sempre que necessário.

Art. 56. Os relatórios periciais (laudos) poderão variar em função da natureza e das peculiaridades da perícia (cível, criminal, administrativa, trabalhista ou previdenciária; transversal, retrospectiva ou prospectiva; direta ou indireta); entretanto, sempre que possível, deverá ser observado o roteiro abaixo indicado.

Art. 57. Os pareceres dos assistentes técnicos terão forma livre, podendo seguir o mesmo modelo adotado pelo perito ou limitar-se a enfatizar ou refutar pontos específicos de seu relatório.

Art. 58. Fica definido como **ROTEIRO BÁSICO DO RELATÓRIO PERICIAL**, o que segue abaixo:

- Preâmbulo. Autopresentação do perito, na qual informa sobre sua qualificação profissional na matéria em discussão;
- Individualização da perícia. Detalhes objetivos sobre o processo e as partes envolvidas;
- Circunstâncias do exame pericial. Descrição objetiva dos procedimentos realizados (entrevistas, número de entrevistas, tempo de dispêndio, documentos examinados, exames complementares etc.);
- Identificação do examinando. Nome e qualificação completa da pessoa que foi alvo dos procedimentos médicos;
- História da doença atual. Relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;
- História pessoal. Síntese da história de vida do examinando, com ênfase na sua relação com o objeto da perícia, se houver;
- História psiquiátrica prévia (em perícias psiquiátricas). Relato dos contatos psiquiátricos prévios; em especial, tratamentos e hospitalizações;
- História médica. Relato das doenças clínicas e cirúrgicas atuais e prévias, incluindo tratamentos e hospitalizações;
- História familiar. Registro das doenças prevalentes nos familiares próximos;
- Exame físico. Descrição da condição clínica geral do examinando;
- Exame do estado mental (em perícias psiquiátricas e neurológicas). Descrição das funções psíquicas do examinando;
- Exames e avaliações complementares. Descrição de achados laboratoriais e de resultados de exames e testes aplicados;
- Diagnóstico positivo. Segundo a nosografia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, oficialmente adotada pelo Brasil;
- Comentários médico-legais. Esclarecimento sobre a relação entre a conclusão médica e as normas legais que disciplinam o assunto em debate;
- Conclusão. Frase curta e direta que sintetiza todo o pensamento do perito;
- Resposta aos quesitos. Respostas claras, concisas e objetivas.

Parágrafo único. Nas perícias de responsabilidade penal devem constar também do relatório pericial os seguintes itens, nas posições 6 e 7:

- Elementos colhidos nos autos do processo. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato da vítima, testemunhas ou de outras peças processuais;

b) História do crime segundo o examinando. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato do examinando ao perito.

Art. 59. Excetuam-se dessa exigência os exames efetuados nos institutos médico-legais, de medicina do tráfego, aerospacial, do trabalho, do esporte e previdenciária, por terem modelos próprios e oficiais relacionados no Manual de Vitoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 60. Os consultórios, ambulatórios, institutos previdenciários e médico-legais devem estar dotados das condições mínimas definidas no Manual de Vitoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, para que os exames periciais sejam realizados com a segurança necessária ao seu objetivo.

Art. 61. Os serviços públicos que praticam a medicina pericial estão obrigados a fornecer aos médicos peritos acesso aos exames complementares necessários à elucidação diagnóstica e prognóstica, com o objetivo de garantir conclusões baseadas na ciência médica.

Parágrafo único. É vedado aos médicos peritos desempenhar suas funções sem a garantia de meios de apoio diagnóstico que entender necessários.

Art. 62. É dever dos médicos peritos proceder de acordo com o preconizado nestas normas e no Manual de Vitoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

CAPÍTULO XIII DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 63. Caberá aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização da implantação das presentes normas.

Art. 64. Os serviços médicos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza terão assegurados o seu funcionamento se, na data da entrada em vigor desta resolução, suas instalações físicas estiverem de acordo com as normas de segurança elétrica, hidráulica, de prevenção de pânico e de incêndio e de acessibilidade, determinadas pela Anvisa e Corpo de Bombeiros.

Art. 65. Os serviços médicos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza têm o prazo de seis meses, contados a partir da vigência desta resolução, para ajustarem-se às suas exigências quanto às condições para o exercício do ato médico.

Art. 66. Os consultórios privados de pessoas físicas estão sujeitos aos efeitos da regra estabelecida no art. 63 e sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina é obrigatória.

Parágrafo único. Quando o médico mudar de endereço ou abrir novo consultório, deverá informar este fato ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de não poder exercer a Medicina no novo local de trabalho.

Art. 67. A partir da publicação desta resolução os novos serviços médicos, quer de pessoa física, quer de pessoa jurídica, para obterem seu primeiro alvará de funcionamento devem apresentar planta baixa registrada no Crea/Vigilância Sanitária.

§ 1º. Serviços médicos de pessoa jurídica devem apresentar cópia do Contrato Social registrado em cartório ou na Junta Comercial.

§ 2º. Quando se tratar de serviço médico público será dispensado o Contrato Social, porém, será exigido o Memorial Descritivo da obra junto com a planta baixa, para a liberação do alvará de funcionamento do estabelecimento.

§ 3º. No caso de consultórios privados destinados exclusivamente à prática da clínica em qualquer de suas especialidades, para a obtenção da inscrição bastará ao médico, de próprio punho, informar o fim a que se destina.

Art. 68. Todos os serviços médicos, inclusive consultórios privados, deverão afixar, em local visível, o Certificado de Regularidade de Inscrição, renovado anualmente.

Parágrafo único. Os consultórios privados de pessoas físicas não pagarão taxas, emolumentos ou anuidades para obterem e renovarem seu cadastro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 69. Para o fiel cumprimento do disposto neste Anexo 1, adota-se o Manual de Vitoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, constante do Anexo 2.

O MANUAL e seus ANEXOS encontram-se disponíveis para consulta no site www.portalmedico.org.br

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

RESOLUÇÃO Nº 2.057, DE 20 DE SETEMBRO DE 2013

Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e a Lei 12.842/13, de 10 de



julho de 2013, e

CONSIDERANDO a necessidade de serem criadas normas brasileiras que estejam em consonância com a Constituição Federal, com o disposto no Decreto-lei nº 20.931/32, artigos 15 e 16 e respectivos incisos, alíneas e parágrafos, artigos 24 a 29 e parágrafos, com a Lei nº 3.999/61, artigo 15, com a Lei nº 10.216/01, com o Código de Ética Médica e com base na Resolução CFM nº 1.952/10, que adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil;

CONSIDERANDO que deve ser proporcionada assistência psiquiátrica efetiva, que garanta aos pacientes o atendimento de suas necessidades de saúde em qualquer ambiente (hospitalar, ambulatorial, em consultório isolado ou em ambientes comunitários), de acordo com as necessidades de cada indivíduo;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar as terapêuticas psiquiátricas disponíveis, bem como o tratamento involuntário e compulsório quando necessário;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 20 de setembro de 2013, resolve:

Art. 1º Aprovar as normas, os roteiros de vistoria, os princípios universais de proteção ao ser humano, a defesa do ato médico privativo de psiquiatria e os critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria, anexos a esta resolução.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga as Resoluções CFM nºs 1.598/00, publicada no D.O.U. de 18 de agosto de 2000, Seção I, p. 63, e 1.640/02, publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p. 185.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

ANEXO I

SOBRE AS NORMAS

CAPÍTULO I

DOS DEVERES DOS MÉDICOS

Art. 1º Os médicos que integram o Corpo Clínico de uma instituição devem colaborar para que se façam presentes as condições mínimas para a segurança do ato médico, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, lançado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1º É dever dos médicos defender o direito de cada paciente de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados à sua situação clínica ou cirúrgica.

§ 2º Na ausência das condições descritas nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, deve(m) o(s) médico(s) oficial(ia) do diretor técnico médico solicitando a correção das deficiências, com cópia à comissão de ética médica da instituição, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina.

§ 3º Na ausência de resposta do diretor técnico médico no prazo de sete dias úteis, deve(m) o(s) médico(s) informar a omissão à comissão de ética médica, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina.

§ 4º Recebida a informação mencionada no § 3º deste artigo, o Conselho Regional de Medicina terá o prazo de sete dias úteis para realizar a fiscalização com vistas a averiguar as condições denunciadas e decretar providências.

§ 5º Havendo inércia dos dirigentes da instituição em sanar as irregularidades apontadas no relatório conclusivo da Fiscalização, o Conselho Regional de Medicina poderá determinar a suspensão parcial ou total das atividades médicas no local.

§ 6º Nas instituições onde for obrigatória a existência da Diretoria Clínica, este diretor, representante do Corpo Clínico, será encarregado de apresentar as reclamações perante a instância técnica e administrativa do estabelecimento médico, bem como ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO II

DO DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico médico de serviços que prestem assistência psiquiátrica garantir que todos sejam tratados com respeito e dignidade.

§ 1º É também seu dever garantir as condições mínimas para a segurança dos atos privativos dos médicos, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

a.São serviços de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos, as comunidades terapêuticas de natureza médica, ambulatórios especializados, inclusive os Caps, e consultórios isolados ou institucionalizados;

b.A garantia a que se refere o caput diz respeito a todas as pessoas sob seu comando, incluindo médicos e componentes das equipes assistenciais e de apoio, bem como aos pacientes assistidos sob regime de internação ou não.

§ 2º Com o objetivo de tornar oficial seu empenho em resolver precariedades do serviço, obriga-se ao diretor técnico médico:

a.Noticiar ao Conselho Regional de Medicina, com cópia para os administradores da instituição, sempre que faltarem as condições necessárias para a boa prática médica. A partir deste fato, o Conselho Regional de Medicina obriga-se a fazer a vistoria das condições denunciadas em até três dias úteis;

b.Com base na confirmação da existência da inconformidade, determinar a suspensão total ou parcial do serviço até que as condições mínimas previstas no manual sejam restabelecidas, com

ao Conselho Regional de Medicina para que realize inspeção e constate o término do problema detectado;

c.O ato de interdição deve contar com a participação do Corpo Clínico, em razão da integração e responsabilidade compartilhada pela assistência e segurança dos pacientes;

d.Comprovar, sempre que instado pelo Conselho Regional, que em memorandos ou outros expedientes formais, antecedendo ao ato da notificação, exigira providência de instâncias superiores para a solução dos problemas.

Art. 3º Os diretores técnicos médicos de estabelecimentos ou serviços de assistência psiquiátrica são responsáveis pela integração da equipe multiprofissional envolvida na assistência aos doentes psiquiátricos.

Parágrafo único. A participação em uma equipe multiprofissional não justifica a delegação de atos médicos privativos a outros profissionais, nem o isenta de responsabilidade quando de atos compartilhados.

CAPÍTULO III

DO DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA

Art. 4º O diagnóstico de doença mental deve ser feito por médico, de acordo com os padrões aceitos internacionalmente, sem considerar status econômico, político ou social, orientação sexual, pertinência a grupo cultural, racial ou religioso, ou por qualquer razão não relacionada ao estado de saúde mental da pessoa.

Art. 5º Os médicos que atuam em estabelecimentos ou serviços de assistência psiquiátrica são responsáveis pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência.

§ 1º É da competência exclusiva de médico a realização de diagnósticos nosológicos, indicação de conduta terapêutica e admissões, licenças e altas dos pacientes sob sua responsabilidade.

§ 2º Havendo indicação clínica de autorizar a saída temporária de paciente de estabelecimento de saúde para observação evolutiva e da adaptação em família, esta deve ser fornecida exclusivamente por médico.

§ 3º O médico integrante de equipe de saúde deverá colaborar com, e aceitar a colaboração de, outros profissionais para a definição e execução de estratégias assistenciais.

Art. 6º É dever do médico respeitar e garantir o direito ao sigilo profissional de todas as pessoas com doença mental sob a sua responsabilidade profissional, exceto nas situações previstas em lei ou no Código de Ética Médica.

Art. 7º O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, sujeitando-se, entretanto, aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente.

CAPÍTULO IV

DA RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS INVESTIDOS EM FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS DE QUAIQUER NATUREZAS

Art. 8º Os médicos investidos em funções ou cargos administrativos, públicos ou privados, que interfiram direta ou indiretamente no planejamento, na assistência ou na fiscalização do ato médico, quando devidamente identificados, serão considerados responsáveis quando a prática da Medicina se fizer em desacordo a estas normas e ao Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, em serviços situados em área subordinada a sua autoridade.

Parágrafo único. Esta responsabilização alcança a inércia em permitir a persistência de condições degradantes à assistência aos pacientes, à realização de pesquisas em pacientes sem autorização de comitê de ética em pesquisa e a utilização de procedimentos considerados não válidos pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO V

DOS ESTABELECIMENTOS MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS

Art. 9º São considerados serviços de assistência psiquiátrica todos aqueles que se destinem a realizar procedimentos diagnósticos psiquiátricos, ou a assistir doentes psiquiátricos, e que requeiram o trabalho de médicos para desempenhar sua atividade-fim, elencados na letra "a" do parágrafo 1º do art. 2º deste dispositivo.

§ 1º Estes serviços só poderão funcionar mediante prévia inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Art. 10. Os serviços que realizem assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) devem oferecer as seguintes condições gerais:

I. Instalações para atividades educativas, recreativas e de lazer.

II. Instalações para o engajamento do paciente em ocupação adequada a sua tradição cultural e para medidas de reabilitação profissional que favoreçam sua reintegração na comunidade.

III. Espaço físico suficiente para oferecer a cada paciente um programa terapêutico pertinente e ativo.

IV. Infraestrutura de hotelaria quando a permanência exigir leitos de retaguarda para repouso ou pernoite, bem como cozinha, lavanderia, almoxarifado com depósitos para mantimentos e material de higiene e limpeza de acordo com as normas sanitárias brasileiras.

§ 1º O trabalho pode fazer parte das estratégias terapêuticas indicadas. Neste caso, a escolha da atividade laboral deve ser discutida com o paciente, para que seja a mais compatível possível com suas necessidades e habilidades e às condições da instituição.

§ 2º O trabalho dos pacientes não pode substituir o dos funcionários da instituição. Caso isto ocorra, este fará jus à remuneração equivalente ao que o estabelecimento pagaria a funcionário regular.

Art. 11. Um estabelecimento que realize assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) deve oferecer as seguintes condições específicas para o exercício da Medicina:

I. Equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas da instituição.

II. Pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais obrigações assistenciais.

III. Equipamento diagnóstico e terapêutico.

IV. Assistência médica permanente (durante todo o período em que estiver aberto à assistência); e

V. Tratamento regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

§ 1º Os serviços psiquiátricos devem garantir o acesso dos pacientes a recursos diagnósticos e terapêuticos da clínica médica que se fizerem necessários no curso do tratamento psiquiátrico.

§ 2º Tratando-se de serviço destinado a cuidados médicos intensivos ou semi-intensivos, incluindo internações breves para desintoxicação, deve preencher os requisitos hospitalares gerais no que se refere a recursos humanos (equipe profissional) e a infraestrutura de suporte à vida, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

§ 3º As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal de acordo com a Lei nº 10.216/01 e as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 12. Nos casos de centros de convivência, lares protegidos, estabelecimentos de compartilhamento comunitário e comunidades terapêuticas não médicas ou similares, sua organização deve obedecer apenas ao previsto no art. 10, não se caracterizando como serviço psiquiátrico.

Art. 13. Não será permitido o registro, nos Conselhos Regionais de Medicina, de estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica que não atenda a estas normas e ao Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Parágrafo único. Fica vedado ao médico assumir responsabilidade por pacientes mantidos nesses estabelecimentos, salvo se o estiver acompanhando ambulatorialmente ou em consultório público ou privado.

CAPÍTULO VI

DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Art. 14. Nenhum tratamento será administrado à pessoa com doença mental sem consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a terceiro.

Parágrafo único. Na impossibilidade de se obter o consentimento esclarecido do paciente, ressalvada a condição prevista na parte final do caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

Art. 15. As modalidades de atenção psiquiátrica extra-hospitalar devem ser prioritárias e, na hipótese da necessidade de internação, esta se dará pelo tempo necessário à recuperação do paciente.

Art. 16. Médicos assistentes e plantonistas, bem como aqueles envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes mentais, devem contribuir para assegurar a cada paciente o direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.

§ 1º O tratamento e os cuidados a cada paciente devem basear-se em plano prescrito individualmente, discutido com o interessado e/ou seu responsável, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional qualificado.

§ 2º Qualquer tratamento administrado a paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário, inclusive os casos de contenção física.

§ 3º É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência psiquiátrica, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro.

§ 4º O paciente que estiver contido deve permanecer sob cuidado e supervisão imediata e regular de membro da equipe, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito.

§ 5º Quando da contenção física, o representante legal ou a família do paciente devem ser informados tão logo possível.

CAPÍTULO VII

DO TRATAMENTO MÉDICO GERAL

Art. 17. Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica em geral, público ou privado, poderá recusar atendimento médico sob a alegação de que o paciente seja portador de doença mental.

Art. 18. Os procedimentos médicos gerais, clínicos ou cirúrgicos, quando necessários à saúde de paciente com doença mental, devem obedecer aos mesmos critérios adotados pela medicina em geral para os agravos à saúde de pacientes não psiquiátricos.

CAPÍTULO VIII

DA NEUROPSICOCIRURGIA

Art. 19. A neuropsicocirurgia e quaisquer tratamentos invasivos e irreversíveis para doenças mentais não devem ser realizados em pacientes que estejam involuntária ou compulsoriamente internados em estabelecimento de assistência psiquiátrica, exceto com prévia autorização judicial, obedecendo ao prerequisite de fundamentação mediante laudo médico.

§ 1º Nos demais casos, segundo os ditames da Lei nº 10.216/01 e do Código de Ética Médica, deverão ser precedidos de consentimento esclarecido do paciente ou de seu responsável legal e aprovação pela Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina, homologada por seu plenário.

§ 2º A Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina contará em sua composição, obrigatoriamente, com a presença de conselheiro.



§ 3º Cabe à Câmara Técnica de Psiquiatria elaborar o parecer conclusivo que deverá ser apreciado pelo plenário do Conselho Regional de Medicina, para só então ser autorizado o procedimento.

§ 4º Caso necessário, a Câmara Técnica de Psiquiatria poderá requisitar o concurso de profissionais de áreas afins à Medicina, para avaliações complementares.

Art. 20. A indicação de neurocirurgia deverá ser feita pelo médico assistente e respaldada por meio de laudo, por um psiquiatra e um neurocirurgião pertencentes a serviços diversos daquele do médico que a prescreveu.

§ 1º Este laudo deve ser original, destacando em sua conclusão o diagnóstico da doença, bem como duração e refratariedade a toda a medicação disponível indicada naquele caso e a todos os tratamentos coadjuvantes aplicados sem resposta.

§ 2º Neste documento, deverá constar a indicação do melhor método cirúrgico a ser adotado, emitido pelo neurocirurgião.

§ 3º Os casos omissos ou com potenciais conflitos devem ser encaminhados ao Conselho Federal de Medicina, para avaliação e deliberação em parecer conclusivo e conjunto das câmaras técnicas de Psiquiatria e Neurocirurgia.

§ 4º A indicação de neurocirurgia deverá observar os seguintes critérios:

a) Diagnóstico psiquiátrico realizado observando-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua versão atualizada (CID-10);

b) Doença mental com duração mínima de 5 anos, a não ser em casos excepcionais, referendada por junta médica formada por um psiquiatra e um neurocirurgião, designados pelo presidente do Conselho Regional de Medicina para produzir contraprovas, obedecendo ao rito previsto no art. 19 e parágrafos;

c) Refratariedade da doença ou transtorno aos tratamentos psiquiátricos, adequado àquela condição clínica.

§ 5º A câmara técnica, ao se manifestar, deverá estar convencida de que o tratamento proposto é o que melhor atende às necessidades de saúde do paciente.

§ 6º Toda este procedimento será registrado em prontuário, permanecendo, com os devidos resguardos ao sigilo, à disposição das autoridades constituídas.

CAPÍTULO IX

DA ELETROCONVULSOTERAPIA

Art. 21. A eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser realizada em ambiente com infraestrutura adequada de suporte à vida e a procedimentos anestésicos e de recuperação, conforme o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 22. A ECT é um ato médico; portanto, sua indicação, realização e acompanhamento são de responsabilidade dos médicos que dela participarem.

Art. 23. A ECT tem indicações precisas e específicas na literatura médica, não se tratando de terapêutica de exceção.

Parágrafo único. O uso da ECT em crianças (idade inferior a 16 anos) somente deve ser feito em condições excepcionais.

Art. 24. A avaliação do estado clínico geral do paciente antes da ECT é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias e neurológicas.

Parágrafo único. Obriga-se o médico a observar as contraindicações formais para a aplicação da técnica.

Art. 25. A ECT só pode ser realizada com anestesia.

Art. 26. Os aparelhos de ECT devem ser máquinas modernas, registradas e certificadas pela Anvisa.

Parágrafo único. O ambiente seguro para a administração deste procedimento está descrito no manual constante em anexo.

CAPÍTULO X

DA ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA

Art. 27. A estimulação magnética transcraniana é método terapêutico válido para depressões, alucinações auditivas e neuro-navegação, podendo ser aplicada em consultórios isolados, ambulatórios e hospitais, devendo, para tanto, obedecer ao disposto na Resolução CFM nº 1.986/12, transcrita no manual anexo.

CAPÍTULO XI

DOS ENSAIOS CLÍNICOS

Art. 28. Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais não poderão ser realizados em qualquer paciente com doença mental sem o seu consentimento esclarecido, de acordo com o Código de Ética Médica e resoluções do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com sujeitos humanos.

CAPÍTULO XII

DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

Art. 29. A internação de paciente em estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica deve ocorrer mediante nota de internação circunstanciada que exponha sua motivação, podendo ser classificada, nos termos da Lei nº 10.216/01, como voluntária, involuntária e compulsória.

§ 1º Internação voluntária é a que se dá com o consentimento expresso e por escrito de paciente em condições psíquicas de manifestação válida de vontade.

§ 2º Internação involuntária é a que se dá contrariamente à vontade do paciente, sem o seu consentimento expresso ou com consentimento inválido. Para que ocorra, faz-se necessária a concordância de representante legal, exceto nas situações de emergência médica.

§ 3º Internação compulsória é a determinada por magistrado.

Art. 30. Todo paciente admitido voluntariamente tem o direito de solicitar sua alta ao médico assistente a qualquer momento.

Parágrafo único. Se houver contraindicação clínica para a alta e presentes os requisitos que autorizam a internação involuntária, o médico assistente deve converter a internação voluntária em involuntária nos termos da Lei nº 10.216/01.

Art. 31. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar

uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

I - Incapacidade grave de autocuidados.

II - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.

III - Risco de autoagressão ou de heteroagressão.

IV - Risco de prejuízo moral ou patrimonial.

V - Risco de agressão à ordem pública.

§ 1º O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química.

§ 2º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo diretor técnico médico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo tal procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Art. 32. Se o estabelecimento de assistência psiquiátrica ao qual for destinado o mandado de internação compulsória estiver lotado, ou não possuir condições técnicas para o atendimento adequado do paciente encaminhado, este fato configura impossibilidade ética de cumprimento da ordem judicial.

Parágrafo único. O diretor técnico médico do estabelecimento demandado deve encaminhar determinação ao gestor municipal de saúde, para que providencie vaga na rede disponível na localidade, comunicando tal fato à autoridade judicial.

Art. 33. Nas internações compulsórias, quem determina a natureza e tipo de tratamento a ser ministrado ao paciente é o médico assistente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que aquele se encontra em condições para tal.

CAPÍTULO XIII

DOS ATOS PERICIAIS EM PSQUIATRIA

Art. 34. Os atos periciais em psiquiatria devem obedecer a roteiro insculpido no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, anexo.

Art. 35. O ato médico pericial, além de elucidar o diagnóstico, destina-se a esclarecer à autoridade que o solicitou, dentre outros pontos, sobre: capacidade civil, capacidade laboral, invalidez, imputabilidade penal ou prognóstico de risco de violência.

Parágrafo único - Para o pleno entendimento da responsabilidade do ato médico pericial, conforme disposto na Lei nº 12.842/13, aplica-se o disposto nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 36. É dever do perito psiquiatra, bem como o de qualquer outra especialidade médica, proceder de acordo com o preconizado nesta resolução e no manual anexo.

CAPÍTULO XIV

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37. Caberá aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização da implantação das presentes normas.

Art. 38. Os serviços médicos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza terão assegurados o seu funcionamento se, na data da entrada em vigor da Resolução CFM nº 2.056/13, suas instalações físicas estiverem de acordo com as normas de segurança elétrica, hidráulica, de prevenção de pânico e de incêndio e de acessibilidade, determinadas pela Anvisa e Corpo de Bombeiros.

Art. 39. Os serviços médicos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza têm o prazo de seis meses, contados a partir da vigência da Resolução CFM nº 2.056/13, para se ajustarem às suas exigências.

Art. 40. Os consultórios privados de pessoas físicas estão também sujeitos às regras do art. 38 e sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina é obrigatória.

Parágrafo único. Quando o médico mudar de endereço ou abrir novo consultório, deverá informar esta mudança ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de não poder exercer a Medicina no novo local de trabalho.

Art. 41. A partir da publicação da Resolução CFM nº 2.056/13, os novos serviços médicos, quer de pessoa física, quer de pessoa jurídica, para obterem seu primeiro alvará de funcionamento devem apresentar planta baixa registrada no Crea/Vigilância Sanitária.

§ 1º Serviços médicos de pessoa jurídica devem apresentar cópia do Contrato Social registrado em cartório ou na Junta Comercial.

§ 2º Quando se tratar de serviço médico público, será dispensada a exigência do Contrato Social, porém, será exigido o Memorial Descritivo da obra, junto com a planta baixa, para a liberação do alvará de funcionamento do estabelecimento.

§ 3º No caso de consultórios privados destinados exclusivamente à prática da clínica em qualquer de suas especialidades, para a obtenção da inscrição bastará ao médico, de próprio punho, informar o fim a que se destina.

Art. 42. Todos os serviços médicos, inclusive consultórios privados, deverão afixar, em local visível, o Certificado de Regularidade de Inscrição renovado anualmente.

Parágrafo único. Os consultórios privados de pessoas físicas não pagarão taxas, emolumentos ou anuidades para obterem e renovarem seu cadastro no Conselho Regional de Medicina.

ANEXO II DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.057/13

SOBRE O MANUAL PARA SERVIÇOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS EM PSQUIATRIA

Este manual obedece a critérios estabelecidos em resoluções normativas para a assistência médica, de modo que todos os médicos tenham a noção exata do que fazer e como devem proceder para que sua intervenção seja segura, quer nos aspectos investigativos, diagnósticos, terapêuticos, reabilitadores ou prognósticos.

Ao definir com clareza este modus operandi, o Conselho Federal de Medicina considera que sem estas condições mínimas o ato médico não é seguro, e quando não é seguro para si, também não é para a sociedade que espera proficiência, acurácia e determinação no tratamento de seus cidadãos.

A ideia de que o médico pode trabalhar em qualquer ambiente porque seu saber permite identificar doenças e possíveis formas de intervenção em locais desprovidos de condições técnicas para a propedêutica, até certo ponto está correta. Acontece que, de tão banalizado este conceito, médicos e administradores públicos e privados negligenciaram na cobrança dessas condições mínimas aprendidas desde o primeiro ano de medicina enquanto estudavam as cadeiras do ciclo básico. Ao aprofundar os estudos na cadeira de Semiologia, este ambiente se descortina definitivamente. E nesse estágio de formação que o futuro médico aprende as bases propedêuticas para as avaliações clínicas e fundamentação diagnóstica, bem como o que de apoio em exames complementares requisitar, que terapêutica instituir (clínica, cirúrgica ou reabilitadora) e que prognóstico fazer para as atestações e outros atos decorrentes deste, como: definição de capacidade, responsabilidade e sua extensão para o labor, convívio e vida cotidiana. Acontece que todo um instrumental deve estar à disposição do médico; contudo, nos últimos anos, este vem escasseando para dar lugar à requisição de exames complementares sem a avaliação diagnóstica correta.

Com base nessa constatação, o CFM resolveu disciplinar esta matéria de modo a que não restem dúvidas. Estas são, pois, as condições mínimas para que um médico realize a investigação semiológica utilizando os recursos corretos à propedêutica para fazer o diagnóstico, instituir terapêutica, definir prognóstico e tratar da terapêutica em reabilitação, além das atestações de saúde, doença e morte.

Em psiquiatria, mais do que em qualquer outra especialidade, o conhecimento do ser humano deve ser holístico, tanto que a anamnese, base e modelo para as investigações periciais, recebe tratamento especial neste instrumento normativo.

As normas deste manual são obrigatórias e devem ser observadas pelos médicos, diretores técnicos médicos, diretores clínicos e autoridades administrativas, públicas e privadas. Na ausência de qualquer dos itens relacionados neste documento como essenciais, o médico estará impedido de exercer a profissão, quer em seu consultório, quer nos ambientes onde a ação seja coletiva ou compartilhada, como ambulatórios, hospitais e assembléias. Isto é: em todo ambiente onde a atividade-fim seja a assistência médica, essas regras devem ser obedecidas.

Para os aspectos gerais de segurança sanitária, adotamos a RDC 50, ou regras que a sucedam, bem como outras que tratem da segurança das edificações, garantia de acessibilidade e segurança sanitária para prevenir complicações como infecções e intoxicações por causas alheias à intervenção médica em si, garantindo à população a certeza de boas práticas que a assistência médica requer.

Para a organização dos ambientes, nas áreas comuns, não especificamente médicas, o Manual SOMA-SUS, do Ministério da Saúde, foi o roteiro adotado pelo grupo que construiu este documento.

Para os atos privativos dos médicos há todo um rescrito com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria, por meio da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Federal de Medicina.

Neste manual fica bem definida a forma como os médicos, os diretores clínicos, os diretores técnicos médicos e o próprio Conselho Regional de Medicina devem agir ante a constatação de que as regras de segurança estabelecidas não estejam garantidas. Temos duas fontes jurídicas distintas, sendo uma de caráter institucional, dos Conselhos de Medicina, cujo papel de guardiães da ética médica e condições técnicas para o exercício da medicina os obrigam a definir o que deve fiscalizar e como fazê-lo, além do modo de tratar os serviços que não se ajustem aos padrões de segurança previamente definidos. A outra fonte é a legislação em geral, quando trouxer critérios para a segurança assistencial. Tais fundamentos são requeridos por força da lei brasileira, como assentado abaixo:

Lei nº 3.268/57

Art. 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos superiores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

Art. 3º São atribuições do Conselho Federal: (Modificado pela Lei nº 11.000/04)

d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;

f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;

g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las.

Art. 15 São atribuições dos Conselhos Regionais:

a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;

c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;

d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;

g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos;

h) promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exercem;

i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;

j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam concedidos;

k) representar ao Conselho Federal de Medicina sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Lei nº 10.216/01



Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente identificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Avançando na definição de como deve ser a prática médica segura, o Código de Ética Médica explicita que médicos do Corpo Clínico de um serviço médico, ou seu diretor técnico, são responsáveis em garantir as boas condições para uma prática segura da medicina:

Princípios Fundamentais (Capítulo I)

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Direitos dos Médicos (Capítulo II)

É direito do médico:

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Responsabilidade Profissional (Capítulo III)

É vedado ao médico:

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acordões e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Relação entre Médicos (Capítulo VII)

É vedado ao médico:

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

A resolução abrange também as terapêuticas medicamentosas ou não e os ambientes onde devem ser aplicadas com segurança.

Define o papel dos médicos nas ações compartilhadas, obrigando ao diretor técnico médico ser o articulador dessa relação, garantindo o respeito necessário às competências específicas de cada profissão.

Define, para efeitos didáticos, a hierarquia entre os estabelecimentos assistenciais em medicina, estabelecendo suas estruturas de segurança, não esquecendo que algumas instituições não necessitam de médicos para prestar seus serviços assistenciais. Define que ambientes são estes, elucidando para a sociedade a noção precisa do que seja uma instituição com características médicas. Enfatiza, ainda, que quando a atividade-fim requerer médico, a presença deste será exigida durante todo o período de funcionamento do serviço médico, bem como a inscrição destes estabelecimentos nos Conselhos Regionais de Medicina. A defesa da segurança para o exercício da medicina impõe uma reflexão apurada nestes tempos de desestruturação da assistência médica. A organização dos estabelecimentos onde se exerce a medicina, onde se diagnosticam e tratam doenças, onde se procede a intervenções cruentas e incuráveis, onde se executam técnicas de reabilitação e, prognosticamente, delinham-se consequências futuras para a vida dos doentes, necessita de um controle rigoroso sobre a atividade médica neles desenvolvida.

Por fim, esperamos contribuir, também, para que o ensino da medicina volte a privilegiar os instrumentos mais eficazes para qualquer investigação diagnóstica médica: o escutar, o inspecionar, o sentir os odores, o palpar, o percucir, o auscultar e, mais que qualquer outro equipamento, o manter atitude receptiva, solidária e proativa.

Em decorrência destas afirmações, pode-se estabelecer que as lides definidas neste manual, anexo à resolução, atendem a uma expectativa da sociedade e dos médicos para garantir melhor assistência à população.

Para sua aplicação, deve-se esclarecer que, na estruturação dos itens de segurança, alguns constituem núcleos duros para garantir a segurança do ato médico, sem os quais um estabelecimento não pode funcionar. Somente com o preenchimento desses requisitos é que os Conselhos Regionais de Medicina poderão inscrever e autorizar o funcionamento dos mesmos.

Quando nesses estabelecimentos faltarem estas condições, poderá ser conduzida a suspensão das atividades pelo Corpo Clínico ou determinada pelo diretor técnico médico conforme dispositivos do Código de Ética Médica, sempre com avaliação prévia e autorização pelo Conselho Regional de Medicina.

Em se tratando de atos de ofício ou ex officio do Conselho Regional de Medicina, a nomenclatura é alterada para "Interdição Cautelar", com extensão e tempo definidos, porque esta ação deriva do poder de polícia nos processos de fiscalização e será tratada em instrumento específico para este fim.

Fiscalizar para garantir perfeitas condições de trabalho dos médicos e segurança na assistência à população é dever dos Conselhos de Medicina e procuramos disciplinar tais dispositivos para evitar ações desastradas, com efetivo prejuízo para a população.

A expressão "Suspensão" foi adotada porque é dessa forma que está prevista no Código de Ética Médica, exclusivamente para o Corpo Clínico e a direção técnica médica.

A interdição cautelar é ato de força do ente público responsável pela fiscalização de condições técnicas e éticas para o exercício da Medicina, conforme os artigos 2º e 15 da Lei nº 3.268/57, e só poderão ser utilizadas após esgotadas as medidas preliminares para a resolução dos problemas.

A resolução buscou, também, definir a forma como o prontuário deve ser organizado e as prescrições e evoluções devidamente assentadas no mesmo. Também define a periodicidade das consultas e prescrições para pacientes em regime de internação.

Finalmente, a resolução debruça-se sobre o tema crucial das perícias médicas, em especial o das perícias psiquiátricas, estabelecendo normas mínimas a serem observadas pelos médicos peritos e assistentes técnicos e entregando a este manual a elaboração de roteiro básico a ser observado.

I - DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE ESTABELECIMENTOS PSIQUIÁTRICOS

1 - CONSULTÓRIO

Local onde o médico psiquiatra desenvolve os procedimentos de consulta clínica com anamnese, exame físico do paciente, requisição de exames complementares e faz prescrições terapêuticas.

a) Podem estar situados em prédios comerciais, condomínios comerciais, edificações privadas, em ambulatórios e hospitais;

b) Quando mais de um médico com especialidades diferentes ocuparem um mesmo consultório, este deve ser dotado dos requisitos mínimos definidos para o exercício de cada especialidade;

c) A infraestrutura administrativa de apoio pode ser comum a vários consultórios ou para apenas um consultório, devendo obedecer ao disposto no roteiro definido abaixo.

ACESSIBILIDADE	SIM	NÃO
A unidade possui fluxo de atendimento adequado		
Fluxo/rampas/elevadores/largura das portas permite livre e circulação de deficientes, conforme RDC 50/2002		

AMBIENTES E ESTRUTURA FÍSICA	SIM	NAO
Sala de espera com bancos ou cadeiras apropriadas		
Área para registro de pacientes (recepção)		
Consultório para atendimento médico		
Sanitários para pacientes		
Banheiros adaptados para deficientes		
Sala ou armário de depósito de material de limpeza - DML		

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS ESTRUTURAIIS	SIM	NAO
2 cadeiras - uma para o paciente e outra para o acompanhante (podem ser poltronas)		
1 cadeira para o médico (pode ser poltrona)		
1 mesa / bñrõ		
1 maca acolchada simples, revestida com material impermeável, com lençol (opcional)		
1 escada de 2 ou 3 degraus para acesso dos pacientes à maca (opcional)		
1 local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial		
1 pia ou lavabo		
Toalhas de papel / sabonete líquido para higiene		
Lixeiras com pedal		
Lençóis para as macas (opcional)		

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE USO DIÁRIO	SIM	NAO
1 esfigmomanõmetro		
1 estetõscõpio		
1 termõmetro		

II martelo para exame neurolõgico		
1 lanterna com pilhas		
Abaixadores de lãngua descartãveis (opcional)		
Luvã descartãveis (opcional)		
1 negatõscõpio ou outro meio que possibilite a leitura da imagem		
1 otoscõpio (opcional)		
1 balança antropomõtrica adequada à faixa etãria (opcional)		
1 fita mõtrica plãstica, flexãvel, inelãstica (opcional)		
Oftalmoscõpio (opcional)		

PRONTUÁRIO	
Meio: () Físico () Informatizado	
Arquivo mõdico: () Individual () Compartilhado	
Guarda: () Consultõrio () Área comum () SAME	
Segue normas do CFM e CRM de preenchimento, guarda e liberaçãõ? () SIM () NAO	

FORMULÁRIOS	SIM	NAO
Receituãrio mõdico comum Meio: () Físico () Informatizado		
Notificaçãõ de receita de controle especial		
Notificaçãõ de receita B		
Notificaçãõ de receita A		
Formulãrios de notificaçãõ de agravos compulsõrios		
Atestados mõdicos Meio: () Físico () Informatizado		

HIGIENE	SIM	NAO
Higiene, iluminaçãõ e aeraçãõ adequados (RDC 50/2002 - Anvisa)		
Coleta seletiva de lixo (opcional)		
Material de limpeza		



Acrescenta-se ao disposto acima, para o consultório da clínica psiquiátrica, a infraestrutura abaixo quando da execução de procedimentos com ou sem anestesia e com ou sem sedação:

AMBIENTES EXCLUSIVOS PARA A BOBINA DA ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANS-CRANIANA		
EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA INDISPENSÁVEIS	SIM	NAO
Ponto de oxigênio		
Oxímetro do pulso		
Máscara de Venturi		
Cânula nasal, máscara para macronebulização		
Laringoscópio (cabo e pelo menos uma lâmina curva e uma lâmina reta)		
Mandril		
Tubos para intubação orotraqueal de diferentes tamanhos		
Ressuscitador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara		
Escalpes, jelcos, seringas e agulhas para administração de medicamentos		
Esparradrapo		
Aspirador portátil		
Equipamentos de proteção individual (luvas, óculos etc.)		
MEDICAÇÕES INDISPENSÁVEIS	SIM	NAO
Analgésicos		
Diazepam injetável e oral		
Haloperidol injetável e oral		
Prometazina injetável e oral		
Fenobarbital injetável		
Hidantal injetável		
Midazolam injetável		
Antiarrítmicos		
Broncodilatadores		
Soro fisiológico a 0,9%		
Solução de glicose a 25% e 50%		
Serviço de transporte próprio ou conveniado e hospital de referência com UTI		

AMBIENTE EXCLUSIVO PARA APLICAÇÃO DA ELETROCONVULSOTERAPIA		
AMBIENTES E ESTRUTURA FÍSICA	SIM	NAO
Sala de espera com mínimo de 20 m ²		
Sanitários para pacientes		
Sala de tratamento com mínimo de 12 m ²		
Sala de recuperação (2 pacientes = 14 m ² / 3 pacientes = 18 m ² / 6 pacientes = 27 m ²)		
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	SIM	NAO
Mesa para o procedimento		
Máquina de eletroconvulsoterapia		
Monitor de ECG e EEG		
Eletrodos descartáveis		
Oxímetro de pulso		
Aspirador		
Ponto de oxigênio		
Esfigmomanômetro		
Estetoscópio		
Desfibrilador		
Laringoscópio		
Tubos para intubação orotraqueal de diferentes tamanhos		
Ressuscitador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara		
Escalpes, jelcos, seringas e agulhas para administração de medicamentos		
Esparradrapo		
Equipamentos de proteção individual (luvas, óculos etc.)		
MEDICAÇÕES INDISPENSÁVEIS	SIM	NAO
Adrenalina (ampolas)		
Aminofilina (ampolas)		
Amiodarona (ampolas)		
Atropina (ampolas)		
Besilato de Atracúrio		
Bromoprida		
Butilbrometo de Escopolamina (ampolas)		
Captopril 25mg (cpr.)		
Clonidina (comprimidos)		
Cloreto de Potássio (ampolas)		
Cloreto de Sódio (ampolas)		
Cloridrato de Ondansetrona (ampolas)		
Dexametasona (ampolas)		
Diazepam (ampolas)		
Diclofenaco (ampolas)		
Dimenidrinato (cpr.)		
Dipirona (ampolas)		
Dipirona (cpr.)		
Euflefina (ampolas)		
Furosemida (ampolas)		
Glicose 50% (ampolas)		
Haloperidol (ampolas)		
Hidrocortisona (frascos)		
Insulina regular (frascos)		
Midazolam (ampolas)		
Mononitrato de Isossorbida (ampolas)		
Neostigmina (ampolas)		
Nitroprusseto de Sódio (ampolas)		
Paracetamol (cpr.)		
Propofol (frascos)		
Succinilcolina (frascos)		
Tiopexicam (frascos)		
Tiopental sódico (frascos)		

2 - AMBULATÓRIOS (Caps I, II, III, AD II e III, Caps i), POLICLÍNICAS E HOSPITAIS

a. Quando houver mais de um consultório médico ou consultório de outros profissionais que utilizem equipamentos comuns aos dos médicos ou atuem em conjunto com os mesmos, deverá haver, em cada consultório ou ambiente, uma unidade de cada instrumento, insumo ou equipamento. Caso não se encontrem equipados desta maneira, o trabalho médico deve ser suspenso até que se estabeleçam as condições descritas neste manual;

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012013111200169

b. Quando houver procedimentos, com ou sem sedação, com ou sem anestesia, devem ser obedecidos os critérios para suporte à vida estabelecidos neste manual;

c. Os consultórios ou áreas de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, fisiculturismo, recreação, nutrição e outros que compõem o perfil assistencial do serviço devem estar relacionados quando da inscrição do estabelecimento no Conselho Regional de Medicina;

d. Estes estabelecimentos devem contar com a presença física de médicos durante todo o seu horário de funcionamento, inclusive nos finais de semana, quando houver prescrição e administração de psicofármacos e os pacientes precisarem de procedimentos, mesmo sem sedação, excetuados os procedimentos não médicos;

e. Quando se tratar de macroestruturas onde existam procedimentos a serem realizados, um para cada dez consultórios deve estar equipado para a realização do referido procedimento, repetindo-se a implantação de um novo consultório por fração excedente a dez. Exemplo: para onze consultórios, dois devem estar equipados para o procedimento. Este princípio será obedecido sempre que houver fração e novo consultório para o procedimento deva ser instalado;

f. Constatando-se as condições explicitadas acima, os demais consultórios obrigam-se a ter apenas os equipamentos básicos exigidos para o consultório individual.

3 - PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO PARA UM CAPS

- SALA DE RECEPÇÃO DE PACIENTES
- SALA DE REGISTRO / ARQUIVO
- SALA ADMINISTRATIVA
- SALA DE REUNIÃO DE EQUIPE
- SANITÁRIOS PARA PACIENTES
- CONSULTÓRIO MÉDICO

CONSULTÓRIO PSQUIQUIATRIA	SIM	NAO
2 cadeiras - uma para o paciente e outra para o acompanhante		
1 cadeira para o médico		
1 mesa/birô		
1 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável, com lençol (opcional)		
1 escada de 2 ou 3 degraus para acesso dos pacientes à maca (opcional)		
1 local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial (obrigatório caso utilize ou guarde medicamentos desse grupo)		
1 pia ou lavabo		
Toalhas de papel / sabonete líquido para a higiene		
Lixeiras com pedal		
Lençóis para as macas (opcional)		
1 esfigmomanômetro		
1 estetoscópio clínico		
1 termômetro		
1 esfigmomanômetro infantil (caso Caps i)		
1 Estetoscópio clínico tipo infantil (caso Caps i)		
1 lanterna com pilhas		
Abaixadores de língua descartáveis		
Luvas descartáveis (opcional)		
1 negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem		
1 otoscópio (opcional)		
1 balança antropométrica adequada à faixa etária (opcional)		
1 fita métrica plástica flexível inelástica (opcional)		
Oftalmoscópio (opcional)		

PRONTUÁRIO
Meio: () Físico () Informatizado
Arquivo médico: () Individual () Compartilhado
Guarda: () Consultório () Área comum () SAME
Segue normas do CFM e CRM de preenchimento, guarda e liberação? () SIM () NAO

FORMULÁRIOS	SIM	NAO
Receituário médico comum	Meio: () Físico () Informatizado	
Notificação de receita de controle especial		
Notificação de receita B		
Notificação de receita A		
Formulários de notificação de agravos compulsórios		
Atestados médicos	Meio: () Físico () Informatizado	

SALA DE TRABALHO EM GRUPO

SALA DE ESTAR / MULTIUSO

OFICINA DE TRABALHO

Materiais para uso em terapia ocupacional		
Argila		
Papel		
Lápis de cor		
Lápis para desenho		
Tintas		
Outros		

SALA DE OBSERVAÇÃO, PARA DOIS LEITOS OU MAIS COMO PREVISTO NAS PORTARIAS

ESPECÍFICAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

POSTO DE ENFERMAGEM

POSTO DE ENFERMAGEM	SIM	NAO
Sala é compartilhada?		
3 cadeiras		
1 esfigmomanômetro adulto		
1 esfigmomanômetro infantil (caso Caps i)		

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



1 estetoscópio clínico tipo adulto		
1 estetoscópio clínico tipo infantil (caso Caps I)		
1 mesa tipo escritório		
1 balança antropométrica		
1 termômetro		

SALA DE PROCEDIMENTOS

EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS MÍNIMOS PARA O ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS COM SEDAÇÃO	SIM	NAO
1 aspirador de secreções		
Cânulas endotraqueais		
Cânulas naso ou orofaríngeas		
Desfibrilador		
EPI (equipamento de proteção individual) para atendimento das intercorrências (luvas, máscaras e óculos)		
Laringoscópio com lâminas adequadas		
Máscara laríngea		
Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia		
Oxigênio com máscara aplicadora e umidificador		
Oxímetro		
Resuscitador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara		
Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa		
Sondas para aspiração		
Tubos endotraqueais		

DML COM TANQUE

Materiais de limpeza		
----------------------	--	--

COPA / COZINHA

1 geladeira		
1 fogão		
1 pia		
1 armário		
1 balcão		
1 mesa		
1 liquidificador		
1 batedeira		
1 corredor de circulação		
Alimentos		

REFEITÓRIO

SALA PARA LAVAGEM DE ROUPAS

BANHEIRO PARA FUNCIONÁRIOS

MATERIAIS PERMANENTES

1 arquivo com 4 gavetas		
2 mesas e cadeiras para uso em grupo (cerca de 30, dependendo do número de pacientes a serem atendidos)		
2 armários de duas portas		
1 televisor colorido com controle remoto		
1 vídeo cassete quatro cabeças com controle remoto		
1 suporte para TV e vídeo		
1 rádio gravador AM e FM		
1 bebedouro		
3 circuladores de ar		

MATERIAIS DE CONSUMO

Material de expediente		
Material de escritório		
Impressos		
Envelope de prontuário		
Ficha de Estudo Social		
Cartão de identificação		
Ficha nominal		
Ficha de controle de medicação		
Comunicação interna		
Boletim diário do serviço		
Mapa de psicofármacos		

Importa salientar que todas as definições para os espaços físicos e suas denominações estão contidas nas portarias ministeriais para o funcionamento de núcleos e centros de atenção psicossocial como o mínimo em sua configuração física para os Caps I, II e Caps III.

Nos Caps III, AD II e III, onde se observa a prescrição e administração de medicamentos com períodos de permanência que podem alcançar pernoites e dias consecutivos para prescrições medicamentosas, como previsto nas portarias ministeriais com a presença de leitos específicos para esta internação, acrescentamos um item de segurança para evitar a ocorrência da complicação de sedações

que requeram assistência de suporte à vida com urgência, conforme estas normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, e plantonistas médicos para garantir a segurança da assistência e prevenir as complicações decorrentes do uso de sedativos.

EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS MÍNIMOS PARA O ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS	SIM	NAO
1 aspirador de secreções		
Cânulas endotraqueais		
Cânulas naso ou orofaríngeas		
Desfibrilador		
EPI (equipamento de proteção individual) para atendimento das intercorrências (luvas, máscaras e óculos)		
Laringoscópio com lâminas adequadas		
Máscara laríngea		
Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia		
Oxigênio com máscara aplicadora e umidificador		
Oxímetro		
Resuscitador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara		
Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa		
Sondas para aspiração		
Tubos endotraqueais		

4 - HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS ESPECIALIZADOS, COMUNIDADES TERAPÉUTICAS MÉDICAS, SERVIÇO DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL E ENFERMIARIAS PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAL GERAL

CONDICÕES GERAIS (de acordo com o art.10 desta resolução)	SIM	NAO
1 sala de recepção		
1 sala de registro/arquivo		
1 sala administrativa/financeira		
1 sala de reunião de equipe		
1 sanitário por sexo para pacientes e mais 1 para deficientes		
1 sala de trabalho em grupo		
1 sala de estar/multifuso		
1 oficina(s) de trabalho		
1 instalações para atividades esportivas e/ou de lazer		
1 instalações para atividades educativas		
1 copa/cozinha		
1 refeitório		
1 lavanderia (quando for terceirizada ver contrato)		
1 depósito de material de limpeza		
1 almoxarifado		
1 expurgo/lixo seletivo		
1 gasaneta e gerador de energia (opcional, torna-se obrigatório, contudo, se utilizar máquinas de funcionamento contínuo para dar suporte à vida.)		
1 oficina(s) para consertos e manutenção elétrica/hidráulica/equipamentos (quando for terceirizado ver contrato)		
1 ambulância (quando terceirizado ver contrato)		

CONDICÕES ESPECÍFICAS (de acordo com artigo 11 desta Resolução)	SIM	NAO
1 sala/consultório para Psicologia		
1 sala para o fisicultor/feccreador (contígua à área de atuação)		
1 sala para Serviço Social		
1 sala para Enfermagem		
1 sala para nutricionista		
1 sala para o terapeuta ocupacional/fisioterapeuta (contígua à sua área de trabalho, de preferência)		
1 posto de Enfermagem para cada 60 leitos		
1 banheiro mais vestiário por sexo para os funcionários		
1 quarto com instalações sanitárias completas para o médico plantonista		
1 consultório, que pode ser contíguo ao quarto para o médico plantonista (1 para até 400 leitos)		
1 consultório para o clínico geral ou outro especialista não psiquiatra (opcional)		
1 consultório para o psiquiatra assistente (1 para 40 leitos), podendo ser compartilhado desde que sem conflitos de horário		
1 banheiro mais vestiário por sexo para os médicos assistentes		
1 sala para o farmacêutico		
1 farmácia		
1 sala de esterilização com fluxo (quando for terceirizada, ver contrato)		
1 sala para procedimentos médicos e de enfermagem (curativos, suturas etc.)		
1 enfermaria para estabilização/observação clínica (1 leito para cada 50 pacientes: 2x3 m ² /leito)		
1 enfermaria para contenção física e sedação (1 leito para cada 50 pacientes: 2x3 m ² /leito)		
1 enfermaria com, no máximo, 6 leitos (2x3m ² /leito), com instalações sanitárias completas		
1 quarto com, no máximo, 2 leitos (2x3m ² /leito), com instalações sanitárias completas		
1 apartamento com 1 leito para paciente e 1 leito para acompanhante (opcional), 2x3 m ² /leito, com instalações sanitárias completas		
1 necrotério		

1.Quando se tratar de enfermaria especializada em hospital geral, toda a infraestrutura deste estabelecimento será considerada para efeitos de avaliação das condições especificadas na tabela acima.

2.Quando se tratar de um serviço de Psiquiatria em hospital geral, será necessária toda a infraestrutura da tabela, exceto o que estiver contido na infraestrutura geral do estabelecimento hospitalar.

3.Quando se tratar de hospital especializado em Psiquiatria, deve-se considerar toda a infraestrutura prevista acima e, especificamente, as áreas para pacientes agudos, dando-se preferência a colocar as enfermarias e quartos contiguamente aos leitos de contenção física/sedação e, com relação aos pacientes de longa permanência, identificados como crônicos ou aqueles tidos como gravatários, em área contígua à enfermaria de estabilização/observação clínica.

4.Quando se tratar de estabelecimento com serviços ambulatoriais, os consultórios deverão ser construídos em área específica para este fim.

II - DA ANAMNESE DAS PRESCRIÇÕES E EVOLUÇÕES MÉDICAS

A anamnese é instrumento exclusivo de avaliação para a propedêutica médica. Sua elaboração é obrigatória em qualquer ambiente médico, inclusive em atendimento ambulatorial e nos consultórios.

Para obedecer ao disposto no art. 87 do Código de Ética Médica e seus parágrafos, o registro da anamnese deve, no mínimo, conter os seguintes dados:

a) Identificação do paciente: nome, idade, data de nascimento, filiação, estado civil, raça, sexo, religião, profissão, naturalidade, procedência, endereço e telefone;

b) Queixa principal: descrição sucinta da razão da consulta;

c) História da doença atual: relato do adocimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;

c) História familiar: doenças progressivas na família, estado de saúde dos pais, se falecidos, a idade e a causa, principal ocupação dos pais, quantos filhos na prole, forma de relacionamento familiar;

d) História pessoal: informações sobre gestação, doenças intercorrentes da mãe durante a gestação, doenças fetais, parto eutóxico ou distóxico, condições de nascimento, evolução psicomotora com informações sobre idade em que falou e andou, doenças intercorrentes na infância, ciclo vacinal, aprendizado na escola, sociabilidade em casa, na escola e na comunidade, trabalho, adocimento no trabalho,



relações interpessoais na família, no trabalho e na comunidade, puberdade, vida sexual e reprodutiva, menopausa e andropausa, se professa alguma religião e qual, doenças preexistentes relacionadas ou não ao atual adocimento, situação atual de vida;

e) Exame físico: pele e anexos, sistema olfatório e gustativo, visual, auditivo, sensitivo-sensorial, gastroenteral, cardiocirculatório e linfático, osteomuscular e articular, gênito-urinário e neurológico;

f) Exame do estado mental: senso-percepção, representação, conceito, juízo e raciocínio, atenção, consciência, memória, afetividade, volição e linguagem;

g) Hipóteses diagnósticas: possíveis doenças que orientarão o diagnóstico diferencial e a requisição de exames complementares;

h) Exames complementares: exames solicitados e registro dos resultados (ou cópia dos próprios exames);

i) Diagnóstico: de acordo com o CID, vigente, da Organização Mundial da Saúde;

j) Conduta: terapêutica instituída e encaminhamento a outros profissionais;

k) Prognóstico: quando necessário por razões clínicas ou legais;

l) Sequelas: encaminhamento para outros profissionais ou prescrições;

m) Causa da morte: nos casos de falecimento.

Nos atendimentos em ambulatórios ou consultórios que não envolvam indicação de internação, o registro da anamnese poderá restringir-se aos itens imprescindíveis; no caso, à boa prática diagnóstica e conduta terapêutica.

As evoluções e prescrições médicas deverão ser feitas no mínimo três vezes por semana quando os pacientes estiverem estabilizados, e diariamente, quando em condições agudas ou de observação clínica e/ou contenção.

III - DAS PERÍCIAS MÉDICAS

1 - Os médicos peritos estão submetidos aos princípios éticos da imparcialidade, do respeito à pessoa, da veracidade, da objetividade e da qualificação profissional.

2 - Os médicos assistentes técnicos estão submetidos aos mesmos princípios, com ênfase na veracidade. Como são profissionais a serviço de uma das partes, não são imparciais.

3 - Peritos e assistentes técnicos devem ser tratados com respeito e consideração recíproca, cabendo ao perito informar aos assistentes técnicos, previamente, todos os passos de sua investigação e franquear-lhes o acesso a todas as etapas do procedimento.

4 - É fundamental, nos procedimentos periciais, a observância do princípio do *visum et repertum* (ver e registrar), de forma que o laudo pericial possa ser objeto de análise futura sempre que necessário.

5 - Os relatórios periciais (laudos) poderão variar em função da natureza e das peculiaridades da perícia (cível, criminal, administrativa, trabalhista ou previdenciária; transversal, retrospectiva ou prospectiva; direta ou indireta), entretanto, sempre que possível, deverá ser observado o roteiro abaixo indicado.

6 - Os pareceres dos assistentes técnicos terão forma mais livre, podendo seguir o mesmo modelo adotado pelo perito ou limitar-se a enfatizar ou refutar pontos específicos de seu relatório.

IV - ROTEIRO BÁSICO DO RELATÓRIO PERICIAL

1) **Preâmbulo.** Autoapresentação do perito, na qual informa sobre sua qualificação profissional na matéria em discussão.

2) **Individualização da perícia.** Detalhes objetivos sobre o processo e as partes envolvidas.

3) **Circunstâncias do exame pericial.** Descrição objetiva dos procedimentos realizados (entrevistados, número de entrevistas, tempo dispendido, documentos examinados, exames complementares etc.).

4) **Identificação do examinando.** Nome e qualificação completa da pessoa que foi alvo dos procedimentos periciais.

5) **Questos.** Transcrição dos questos formulados pela autoridade e pelas partes.

6) **História pessoal.** Síntese da história de vida do examinando, com ênfase em sua relação com o objeto da perícia, se houver.

6.1) **História psiquiátrica prévia.** Relato dos contatos psiquiátricos prévios; em especial, tratamentos e hospitalizações.

6.2) **História médica.** Relato das doenças clínicas e cirúrgicas atuais e prévias, incluindo tratamentos e hospitalizações.

6.3) **História familiar.** Registro das doenças psiquiátricas e não psiquiátricas nos familiares próximos.

6.4) **Exame do estado mental.** Descrição das funções psicológicas do examinando.

6.5) **Exame físico.** Descrição da condição clínica geral do examinando.

6.6) **Exames e avaliações complementares.** Descrição de achados laboratoriais e de resultados de exames e testes aplicados.

6.7) **Diagnóstico positivo.** Segundo a nosografia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, oficialmente adotada pelo Brasil.

6.8) **Comentários médico-legais.** Esclarecimento sobre a relação entre a conclusão médica e as normas legais que disciplinam o assunto em debate.

6.9) **Conclusão.** Frase curta e direta que sintetiza todo o pensamento do perito.

6.10) **Resposta aos questos.** Respostas claras, concisas e objetivas.

Observação: nas perícias de responsabilidade penal, mais dois itens devem constar do relatório pericial, que entrarão nas posições 6 e 7 do roteiro acima:

(1) **Elementos colhidos nos autos do processo.** Descrição do fato criminoso de acordo com o relato da vítima, testemunhas ou de peças processuais.

(2) **História do crime segundo o examinando.** Descrição do fato criminoso de acordo com o relato do examinando ao perito.

Por se tratar de matéria inovadora, este manual estará sujeito a revisões periódicas coordenadas pelo Conselho Federal de Medicina, que levará em conta as críticas à sua aplicação prática pelos Conselhos Regionais de Medicina, sempre em fóruns apropriados e com interlocutores da academia e da vida associativa e sindical. As decisões desses estudos sempre serão alvo de avaliação e crítica da Câmara Técnica de Psiquiatria antes de serem levadas ao plenário do Conselho Federal de Medicina.

EMMANUEL FORTES S. CAVALCANTI
Conselheiro-Relator

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA

ACÓRDÃOS

Acórdão nº 31, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.229/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nivaldo de Azevêdo Costa.

Acórdão nº 32, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 8.609/2013. Origem: CRMV-GO. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 33, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.196/2013. Origem: CRMV-BA. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 34, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.233/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Zoot. Adelfton Ricardo da Silva.

Acórdão nº 35, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.166/2013. Origem: CRMV-PR. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Zoot. Adelfton Ricardo da Silva.

Acórdão nº 36, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 1.994/2013. Origem: CRMV-GO. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Zoot. Adelfton Ricardo da Silva.

Acórdão nº 37, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 1.993/2013. Origem: CRMV-GO. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 38, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.235/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Zoot. Adelfton Ricardo da Silva.

Acórdão nº 39, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.252/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nivaldo de Azevêdo Costa.

Acórdão nº 40, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.208/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nivaldo de Azevêdo Costa.

Acórdão nº 41, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.711/2013. Origem: CRMV-BA. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 42, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.708/2013. Origem: CRMV-BA. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 43, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.709/2013. Origem: CRMV-BA. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 44, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 1.897/2013. Origem: CRMV-RS. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nivaldo de Azevêdo Costa.

Acórdão nº 45, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.228/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nivaldo de Azevêdo Costa.

Acórdão nº 46, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.191/2013. Origem: CRMV-BA. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 47, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.710/2013. Origem: CRMV-BA. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 48, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 1.932/2013. Origem: CRMV-MS. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Zoot. Adelfton Ricardo da Silva.

Acórdão nº 49, de 27 de junho de 2013 - IT. PA CFMV nº 2.487/2013. Origem: CRMV-RS. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. José Saraiva Neves.

Acórdão nº 28, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 0336/2013. Origem: CRMV-PR. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Marcello Rodrigues da Roza.

Acórdão nº 29, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.194/2013. Origem: CRMV-PR. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e dar-lhe parcial provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Marcello Rodrigues da Roza.

Acórdão nº 30, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.507/2013. Origem: CRMV-CE. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Marcello Rodrigues da Roza.

Acórdão nº 31, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.508/2013. Origem: CRMV-CE. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Fred Júlio Costa Monteiro.

Acórdão nº 32, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.509/2013. Origem: CRMV-CE. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nardman Wall B. de Carvalho Filho.

Acórdão nº 33, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.904/2013. Origem: CRMV-RS. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Marcello Rodrigues da Roza.

Acórdão nº 34, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.996/2013. Origem: CRMV-GO. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Fred Júlio Costa Monteiro.

Acórdão nº 35, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.851/2013. Origem: CRMV-RS. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Marcello Rodrigues da Roza.

Acórdão nº 36, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.898/2013. Origem: CRMV-RS. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Fred Júlio Costa Monteiro.

Acórdão nº 37, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 1.900/2013. Origem: CRMV-RS. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Marcello Rodrigues da Roza.

Acórdão nº 38, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 2.210/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Fred Júlio Costa Monteiro.

Acórdão nº 39, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 2.211/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nardman Wall B. de Carvalho Filho.

Acórdão nº 40, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 2.123/2013. Origem: CRMV-GO. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nardman Wall B. de Carvalho Filho.

Acórdão nº 41, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 2.234/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Fred Júlio Costa Monteiro.

Acórdão nº 42, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 2.236/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nardman Wall B. de Carvalho Filho.

Acórdão nº 43, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 2.247/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Nardman Wall B. de Carvalho Filho.

Acórdão nº 44, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 2.250/2013. Origem: CRMV-SC. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Fred Júlio Costa Monteiro.

Acórdão nº 45, de 27 de junho de 2013 - 2T. PA CFMV nº 2.848/2013. Origem: CRMV-GO. Decisão: UNANIMIDADE - Conhecer e negar-lhe provimento, nos termos do Voto do Conselheiro Relator, Méd. Vet. Marcello Rodrigues da Roza.

BENEDITO FORTES DE ARRUDA
Presidente do Conselho

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

RETIFICAÇÕES

Nas Resoluções CFP nº 29 e Resolução CFP nº 30, de 29 de outubro de 2013, publicadas no DOU nº 218, de 8-11-2013, Seção 1 página 115, onde se lê, respectivamente, "CONSIDERANDO a decisão da Assembléia Orçamentária do Conselho Regional de Psicologia da 21ª Região" e "CONSIDERANDO a decisão da Assembléia Orçamentária do Conselho Regional de Psicologia da 22ª Região", leia-se "CONSIDERANDO a decisão da Assembléia Orçamentária do Conselho Regional de Psicologia da 11ª Região".

Nas Resoluções CFP nº 31, de 29 de outubro de 2013, publicada no DOU nº 218, de 8-11-2013, Seção 1, página 115, onde se lê, "CONSIDERANDO a decisão da Assembléia Orçamentária do Conselho Regional de Psicologia da 23ª Região", leia-se "CONSIDERANDO a decisão da Assembléia Orçamentária do Conselho Regional de Psicologia da 09ª Região".