

Medicina, Doença, Sintoma e Diagnóstico

Aspectos etimológicos e jurídicos

e suas implicações técnicas e legais na definição e defesa das atribuições e competências exclusivas do profissional médico
(detalhando a área de Otorrinolaringologia)

1. Apresentação	2
2. Resumo	3
3. Introdução	5
4. Medicina, médico, doença e sintoma	6
5. Avaliação	7
6. Denominações	8
7. Diagnóstico	17
8. Sobre um diagnóstico funcional	25
9. Sinais, sintomas e sua correlação	27
10. Medicina e outras profissões	29
11. Aspectos legais e jurídicos	29
12. Comentários a partir do entendimento do Judiciário	35
13. Analisando a Lei que rege uma profissão paramédica	36
14. Observações sobre as leis das demais profissões	51
15. Discussão e conclusões	56
16. Apêndices de 1 a 6	61



**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
E CIRURGIA CERVICO-FACIAL**

Av. Indianópolis 740 - Moema - São Paulo SP CEP 04062-001
Tel (11) 5052-9515 e fax (11) 5052-1025 E-mail: sborl@sborl.org.br Site: www.sborl.org.br

1. APRESENTAÇÃO

Definindo - e assumindo - papéis profissionais

O presente Suplemento da Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, mais do que nunca atendendo à sua vocação de informar, educar e esclarecer, abre uma discussão que hoje se sobrepõe a várias outras, ditas técnico-científicas puras, abordando um tema que vem quase que diariamente perturbando o exercício profissional da Medicina em suas relações com profissionais não médicos, em especial dos otorrinolaringologistas com os fonoaudiólogos.

Apesar das táticas aparentemente pacifistas preferidas por alguns, ao se empenharem em abafar o evidente conflito inter-profissional existente, alegando tratar-se de *luta corporativa, dificuldades ou relacionamentos pessoais*, tentando *parar de falar nele, deixando o tempo passar* ou tentando *encerrar a questão*, dando-a como resolvida sem uma devida e aprofundada discussão, o problema continua infiltrando consultórios, clínicas, serviços, hospitais, computadores, revistas, cursos e congressos, repercutindo nas pessoas, nos diversos profissionais e na forma de assistência prestada aos pacientes.

Tendo aguardado os necessários amadurecimento, consenso e definição pela Plenária do Mini-Fórum e pela Assembléia da SBORL no Congresso Triológico do Rio de Janeiro, em conjunto com a Sociedade de Otorrinolaringologia do RJ, Câmara Técnica de ORL do CREMERJ e Diretoria da Sociedade Médica do Estado do RJ - SOMERJ, baseado em dados históricos, culturais, técnicos, éticos, profissionais, jurídicos e legais, finalizamos esse estudo que traz maior conhecimento aos colegas, para que todos possam compreender o que cabe ao médico e o que pode ser compartilhado; o que o médico deve assumir e o que pode delegar, enfim, como deve se dar a relação entre médicos (por ex. otorrinolaringologistas) e outros profissionais da saúde.

Algo que parecia óbvio, mas não é – e que todos devemos saber.

Algo que deveria ser praticado diariamente – desde sempre.

Trata-se de uma questão de Conhecimento, Dignidade, Respeito, Postura e Atitude, que evitará que escutemos afirmações e conceitos equivocados tais como:

- Ao médico otorrinolaringologista caberia *diagnosticar e tratar dos distúrbios e doenças dos ouvidos, do nariz e da garganta, e ao fonoaudiólogo caberia diagnosticar e tratar dos problemas e distúrbios que afetem a audição, a respiração alta, a voz e a deglutição.*
- E mais: *As questões orgânicas mereceriam uma avaliação médica, mas para questões funcionais bastaria uma avaliação fonoaudiológica.*
- Ou ainda: *chegam a proclamar que algum tipo de diagnóstico possa ser feito por não-médicos, criando um insidioso neologismo de diagnóstico funcional.*
- Ou ainda mais: *o paciente deveria ter livre acesso à assistência fonoaudiológica, e caberia somente a esse profissional decidir de forma autônoma e independente (!) se deseja solicitar um ou mais exames ou avaliações médicas antes de iniciar a terapia ou reabilitação.*

Assim, esperamos que a partir desse oportuno e sábio texto, ora integralmente endossado por todas as Associações de Otorrinolaringologia, seja aberto um amplo debate, a fim de que todos os colegas médicos, bem informados, decidam, ajam e se comuniquem melhor!

Esta é a nossa interpretação, a partir da lógica das profissões, dos costumes brasileiros, dos textos legais e das manifestações da Justiça, que nos cabem defender e cumprir, em prol da mais clara e harmônica atuação e relação profissional, priorizando a boa assistência que todos temos o dever de prestar aos cidadãos-pacientes de nosso País.

Diretorias de SBORL, SBO, SBRCPF e ABLV

José Victor Maniglia, presidente da SBORL

José Antônio Patrocínio, presidente da SBRCPF

Henrique Olavo Olival Costa, diretor de publicações da ABORL-CCF

Sady Selaimen da Costa, presidente da SBO

Domingos Hiroshi Tsuji, presidente da ABLV

ABORL-CCF - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICO-FACIAL

Sociedade Brasileira de Otologia Sociedade Brasileira de Rinologia e Cirurgia Plástica da Face
Academia Brasileira de Laringologia e Voz

Av. Indianópolis 740 - Moema - São Paulo SP CEP 04062-001

Tel (11) 5052-9515 e fax (11) 5052-1025 E-mail: sborl@sborl.org.br Portal: www.sborl.org.br

2. RESUMO

Medicina, Doença, Sintoma e Diagnóstico. Aspectos etimológicos e jurídicos e suas implicações técnicas e legais na definição e defesa das atribuições e competências exclusivas do profissional médico.

¹Marcos A. de Sarvat, ²Marcos A. Nemetz, ³Paulo A. L. Pontes, ⁴Geraldo D. Sant'Anna, ⁵Jorge C. B. Leite, ⁶Paulo S. L. Perazzo, ⁷Agrício N. Crespo, ⁸Nélio Steffen, ⁹Reginaldo Fujita, ¹⁰José A. Pinto, ¹¹Luc L. M. Weckx e ¹²Gaspere Bosco.

The Medical Profession, Disease, Symptoms and Diagnosis. Legal and etymological aspects and their legal and technical implications for defining and defending the tasks that are under physicians' specific competence.

Palavras-chave: medicina, doença, sinal, sintoma, avaliação, diagnóstico, otorrinolaringologia, ato médico.
Key words: medical profession, disease, signs and symptoms, evaluation, workup, diagnosis, otorhinolaryngology, ENT, medical intervention.

Resumo / Summary

Objetivo: Esse trabalho apresenta um levantamento bibliográfico a respeito das razões para o desentendimento entre as entidades médicas e paramédicas (ou não-médicas) no Brasil. **Forma do estudo:** O material consiste em leis, julgados, resoluções, textos e as mais diversas manifestações a respeito desse tema. Os autores descrevem os conceitos etimológicos de *Medicina, médico, doença, sinais e sintomas*, e comparam os termos *avaliação e diagnóstico*. **Resultados:** Diagnóstico é definido como um termo relacionado diretamente ao ato do médico determinar, a partir dos sinais e sintomas, qual seja a doença que acomete o paciente. Denominações como *auxiliar, complementar e paramédico* são esclarecidas. A legislação que rege cada profissão não médica da área de saúde é apresentada e comentada, demonstrando-se a existência de uma nítida linha de transição com a Medicina. Algumas decisões judiciais são apresentadas e comentadas. **Conclusões:** Os autores concluem que ao médico cabe com exclusividade o diagnóstico, a solicitação de exames e sua interpretação e a definição de conduta terapêutica, seja medicamentosa, cirúrgica ou indicando a realização de terapia de reabilitação, avaliando seus resultados e determinando a alta.

Aim: This paper presents a survey of the literature on the reasons for misunderstandings between organizations of physicians and non-physicians in Brazil. **Study design:** The material consists of laws, legal decisions, verdicts and other related documents. The authors describe the etymology of words like *medical profession, physician, disease, signs and symptoms*, while comparing the terms *workup, evaluation and diagnosis*. **Results:** Diagnosis is defined as a physician's determination of which disease is afflicting the patient, based on signs and symptoms. The authors also clarify the meaning of terms such as *auxiliary, complementary and paramedic* (i.e. relating to others than physicians). The legislation governing the different non-medical professions is presented and commented, revealing a clear cut between these and the medical profession. A number of legal decisions are presented and commented. **Conclusions:** The authors conclude that the physician is solely responsible for diagnosis, for requesting exams and all laboratory and image tests, interpreting them, prescribing medical, surgical and rehabilitation therapy, assessing its results, and discharging patients.

Dedicatória:

Esse trabalho é dedicado à grande maioria dos médicos brasileiros, reconhecidos que são por seus pacientes e pela população, como profissionais que vivenciam e constroem uma história de altruísmo, coragem, inteligência, criatividade, iniciativa, desprendimento e ingenuidade, e que, justamente por causa dessa última qualidade, vêm sendo explorados e manipulados por governos, operadoras de planos e seguros de saúde, massificadores do pseudo-ensino médico e por indivíduos e entidades deturpadoras da lógica das profissões, das leis e do direito. Cremos que a Sociedade, a Justiça e o Legislativo Brasileiro possam tardar, mas não hão de falhar em reconhecer e defender o mérito, a relevância, a nobreza e a realidade da profissão, bem como a imprescindível abrangência das atribuições e competências exclusivas do profissional médico.

Agradecimentos:

Aos advogados membros da Assessoria Jurídica da SBORL Luiz Carlos Nemetz, Evaristo Kühnen e Raquel Nemetz, ao advogado Sarvat Jabôr Hachich, aos médicos membros da Câmara Técnica de ORL do CREMERJ Cons. Mario Jorge de Noronha, Alencar Polimeni, Anderson Santos, Ângelo Sales, Casimiro Junqueira, Celso Montenegro, Denise Durão, Emmanuel Attallah, Guido Heisler, Heitor Dantas, Heloisa Soares de Oliveira, João Aprígio Lorenzoni, João Teles Junior, Jorge Valentim Filho, Laura De Luca França, Marco Antonio Lima, Moacir Tabasnik, Regina Quevedo, Roberto Meirelles e Sidney Magaldi, e ao Professor Associado da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP) e Vice-presidente do Conselho Curador da Fundação Otorrinolaringologia Ricardo Ferreira Bento – **a todos agradecemos por seu apoio, orientação, estímulo e participação.**

¹ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Cancerologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade da Associação Médica Brasileira (AMB); Mestre em ORL pela UFRJ, Doutorando em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP), Conselheiro do CRM-RJ e responsável pela Câmara Técnica de Otorrinolaringologia, Secretário-geral da Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ), Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Laringologia e Voz (SBLV) no biênio 1995-97 e Ex-Diretor de Defesa Profissional da SBORL (1994-2000).

² Médico, especialista em Otorrinolaringologia e em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade da AMB, Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da Universidade Regional de Blumenau, Santa Catarina, Mestrando em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela EPM-UNIFESP e Diretor de Defesa Profissional da SBORL (2000-05).

³ Médico otorrinolaringologista e cirurgião de cabeça e pescoço, Professor Titular de Otorrinolaringologia da EPM-UNIFESP, Ex-Presidente da SBORL por dois biênios 1992-96, Ex-Presidente da SBLV biênio 1991-93, Secretário Regional da IFOS para América do Sul e América Central, Presidente do Congresso Mundial da Voz de 1999 e presidente do Congresso Mundial de ORL - Brasil 2009

⁴ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFCMPA), Professor do Serviço de Residência em Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre / FFCMPA, Doutorando em Otorrinolaringologia da EPM-UNIFESP, Secretário do Departamento de Defesa Profissional da SBORL, Vice-presidente da Academia Brasileira de Laringologia e Voz (ABLV) e Conselheiro do CRM-RS.

⁵ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor Adjunto da Disciplina de ORL da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Diretor do Departamento Profissional da Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro (SORL-RJ), Membro da Comissão de Ética da SBORL e Coordenador da Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CRM-RJ.

⁶ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor auxiliar da Universidade Estadual da Bahia, Ex-secretário do Departamento de Defesa Profissional da SBORL por dois biênios 1996 a 2000, Presidente da Sociedade Baiana de Otorrinolaringologia, Ex-membro da Comissão de Título de Especialista da SBORL; Ex-secretário da SBLV biênio 2001-03; Secretário da ABLV e Professor do Serviço de Residência Médica em ORL da Santa Casa de Feira de Santana, Bahia, Mestrando em Otorrinolaringologia pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

⁷ Médico, especialista em Otorrinolaringologia pela SBORL-AMB, Mestre e Doutor em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela EPM-UNIFESP, Professor e Coordenador da Disciplina de Otorrinolaringologia-Cabeça e Pescoço da Universidade de Campinas-UNICAMP, Chefe do Departamento de Oftalmo-Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Presidente da SBLV no biênio 1999-2001, Coordenador de Ensino, Treinamento e Residência Médica da SBORL

⁸ Médico, especialista em Otorrinolaringologia e em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade - AMB, Professor do Departamento de Cirurgia, Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Mestre pela PUC-RS, Doutorando em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela EPM-UNIFESP e Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Laringologia e Voz no biênio 1997-99

⁹ Médico, especialista em Otorrinolaringologia e em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelas respectivas Sociedades Brasileiras de especialidade da AMB, Mestre Doutor em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela EPM-UNIFESP e Chefe de Clínica de Otorrinolaringologia Pediátrica da EPM-UNIFESP.

¹⁰ Médico, especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Diretor do Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço de São Paulo, Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital São Camilo - São Paulo SP e Ex-presidente da SBLV no biênio 2001-03.

¹¹ Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor Livre Docente em Otorrinolaringologia e Chefe do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da EPM-UNIFESP e Ex-presidente da SBORL por dois biênios 1998-2002.

¹² Médico, especialista em Otorrinolaringologia, Professor Assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM-UERJ), Vice-Diretor do Departamento Profissional da SORL-RJ e Membro da Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CRM-RJ.

Instituição e endereço para correspondência: Instituto de Laringologia e Voz do Rio de Janeiro
Marcos André de Sarvat - Rua Conde de Irajá 148, Botafogo, Rio de Janeiro RJ Brasil CEP 22271-020 tel (21) 2537-3115
e-mail: sarvat@centroin.com.br portal: www.centralmedica.org.br/marcossarvat

3. INTRODUÇÃO

Os autores têm sido grandes incentivadores do trabalho associado entre médicos das diversas especialidades e outros profissionais, como fonoaudiólogos, professores de canto e outros, entendendo que o Conhecimento não tem nem deve ter barreiras e a união de esforços traz grandes benefícios à prevenção e ao resultado terapêutico, foco principal, senão único, de nosso trabalho assistencial.

Entretanto, os autores têm também assistido e participado de vários debates a respeito de quais sejam as atribuições e competências dos diversos profissionais que podem atuar junto ao paciente otorrinolaringológico, e atestam que muitos fatos e manifestações vêm dificultando o desenvolvimento dessa parceria. Tais desentendimentos e conflitos repercutem nas relações interprofissionais e no atendimento aos pacientes. Questões eminentemente técnicas e legais são politizadas e desvirtuadas, profissionais e suas entidades são levados a um embate que determina um afastamento acadêmico e prejudica o aperfeiçoamento científico de todos os agentes.

Médicos são acusados de serem *contra* outras profissões ou desejarem dominá-las, e alguns sofrem difamação e discriminação. Terapeutas são denunciados como praticantes ilegais da Medicina por tentarem fazer diagnósticos e definir condutas. Razões e contra-razões são em geral formuladas de modo esparso, mal fundamentado e não sistematizado, senão incoerente, soando a intenções escusas, corporativistas ou expansionistas.

Seguindo a conceituação a respeito da **Liberdade**, citada no **Apêndice 1**, entendem os autores deva-se valorizar tanto sua importância quanto uma precisa determinação de seus limites, e que uma liberdade irrestrita se aproxime da tirania. Essa questão deveria merecer a atenção de todos os cidadãos, médicos e não-médicos. Entretanto, profissionais cientes de seu papel e respeitosos da hierarquia técnica têm tido grande dificuldade em se fazer ouvir e compreender no meio de tanta discórdia. Portanto, há que se determinar e difundir amplamente quem faz o diagnóstico, quem pede exames, quem os realiza, quem os interpreta e quem toma a decisão terapêutica; o que significa “equipe de diagnóstico”, como ela deve ser estruturada, quem aplica terapia e quem tem a responsabilidade junto ao paciente pela abordagem como um todo, e quem atua e assume determinada parte do processo terapêutico, importante e relevante, mas parte, nem mais nem menos do que isso.

Após tal contestação, muitos médicos, entre eles os autores, têm repetidamente apelado à razão e pelo estabelecimento e respeito aos limites de atuação de cada profissão, mas talvez pela predominante ignorância dos aspectos técnicos que envolvam tais questões, ou por motivações de cunho pessoal, familiar ou emocional, alguns têm sido acusados de estarem somente *defendendo o mercado de trabalho*, sofrerem de *medo de competição*, ou de estarem agindo *con-*

tra uma outra profissão; enfim, seriam os autores inimigos de alguma outra nobre profissão – o que, se verdade fosse, representaria uma enorme contradição ao histórico acadêmico, assistencial e associativo por eles vivido.

Trazendo informações a respeito do papel de cada profissão, a partir de levantamento etimológico e de vários textos, alguns extraídos de leis, buscam os autores através de seus comentários e conclusões contribuir para que a lógica das profissões seja de fato centrada no entendimento e franca colaboração, sem disputas estereis por mercado de trabalho, e acentuam que tal situação é fictícia, pois não há nem poderia haver concorrência nesse sentido.

Tentam comprovar que, a partir da lógica legislativa brasileira, que se esmera em impedir que haja sobreposição de atribuições ou competências entre diferentes profissões, grande parte das atitudes e textos de conselhos de não-médicos significaria um *grande blefe institucional* a ser aqui exposto, e que se apóia somente na insistência ideológica de cunho sindical ou na pressão exercida pelo contingente numérico de tais profissionais, concretizando atitudes que deturpam e ferem a Democracia, num exercício obsessivo da livre manifestação em busca de um *igualitarismo* tão inviável quanto irresponsável.

A lógica hierárquica do sistema tem sido questionada por várias profissões paramédicas, que se definem como tendo “autonomia, independência e competência” para serem “porta de entrada” do sistema de saúde. Ou seja, prega-se abertamente que terapeutas poderiam ser acessados diretamente pelos pacientes, sem antes passarem por avaliação e obterem diagnóstico médico. Tal entendimento pressupõe que cidadãos com sinais e sintomas seriam avaliados e tratados, por exemplo, por fonoaudiólogos e fisioterapeutas, sem terem sido vistos por médicos, e portanto, sem ter sido definida a enfermidade ou entidade nosológica da qual possam estar sofrendo. Como exemplo, vide a pretensão de atestar saúde e doença transcrita no Apêndice 5.

Isso significaria arriscar a saúde dos pacientes, ao desvalorizar o **Ato Médico** primordial: o de assumir o caso em toda a sua complexidade, definindo qual seja a melhor conduta. Defende-se que a formulação de uma opinião médica pressupõe, esta sim, uma abordagem holística, em gesto, por vezes inconsciente de tão arraigado, que caracteriza a Medicina, atenta aos aspectos sociais, psicossomáticos, à solicitação e avaliação de exames, prescrição de medicamentos, indicação ou realização de procedimentos, cirurgias e das mais diversas terapias.

Por tudo isso, o presente trabalho pretende esclarecer, em linguagem e montagem a mais próxima possível dos textos técnicos familiares aos médicos, o que seja Medicina, Doença, Sintoma e Diagnóstico e, a partir desse entendimento, qual seja o papel adequado para cada um dos agentes, na expectativa de que absorvidos tais conceitos, possam nossas instituições e profissionais atuar de modo pacífico, cooperativo e progressista.

Em síntese, pretendem os autores que cada leitor perceba a verdade profissional, técnica e histórica que nos rege a todos, queiramos ou não, e nos atribui campos e responsabilidades específicas, impossíveis de serem delegadas, trocadas ou mesmo usurpadas. Esperam dirimir persistentes dúvidas conceituais por parte de médicos e outros profissionais da área de saúde (paramédicos) quanto às respectivas denominações, atribuições, competências, limites e restrições.

Os autores desejam expressar a sincera intenção maior desse texto, elaborado no sentido de representar contribuição para abrir, e se possível fechar, o debate sobre tais questões, e que possam os profissionais voltar, ou passar a atuar de forma harmônica e integrada em benefício prioritário da população brasileira, através de campanhas de prevenção e detecção precoce de enfermidades e na intervenção e assistência diária, compartilhada e colaborativa, em órgãos públicos e privados, escolas, hospitais, clínicas e consultórios.

Alheios às eventuais incompreensões e naturais contrariedades, os autores mantêm a tranquilidade advinda se seguirem à risca o ensinamento de Baltasar Gracian, filósofo e jesuíta espanhol (1601-1658), em seu aforismo *O homem e seu tempo*: “As coisas tem seu tempo. E dependem do gosto da época. A sabedoria, porém, leva vantagem: é eterna. Se este não é seu tempo, muitos outros o serão”.

Numa licença concedida pelo modelo acadêmico, os autores informam que as referências bibliográficas foram todas citadas ao longo do próprio corpo do texto. Aos que mais facilmente reconhecem a presente dissertação como sendo óbvia, e que poderia, sem dúvida, ser resumida à parte das páginas de introdução e conclusão, esclarecem que o texto torna-se repetitivo na exata medida em que expõe e critica algumas das insistentes manifestações contrárias à lógica técnica de organização da assistência à saúde no Brasil.

4. MEDICINA, MÉDICO, DOENÇA E SINTOMA

Foram extraídas as seguintes definições dos Dicionários da Academia Brasileira de Letras (ABL, 1943), de Rodrigo Fontinha (1950), de Laudelino Freire (1954), da Larousse Cultural (1992), de Aurélio Buarque de Hollanda (1999) e de Antonio Houaiss (2001) e das Enciclopédias Folha de São Paulo (1996), que reúne Oxford, Larousse, Cambridge e Webster's e Britannica (Barsa, 1999):

Segundo a ABL, **Medicina** é a arte de curar moléstias, sistema empregado na cura de moléstias; **médico** é o indivíduo que exerce a Medicina ou formado em Medicina; **doença** é o estado doloroso do corpo, falta de saúde a qual vem com dores, perturbação das funções orgânicas, mal, moléstia, enfermidade; e **sintoma** é o fenômeno indicativo da natureza, sede ou existência de uma moléstia.

Conforme Rodrigo Fontinha, **Medicina** é a ciência que previne e cura as doenças, prescrevendo tratamento próprio para debelar ou atenuar de evitar o mal; **médico** é aquele que tem o curso de Medicina, a conhece, a professa ou a ensina; **doença** é alteração ou perturbação da saúde, estado mórbido, enfermidade; e **sintoma** é qualquer acidente mórbido, donde se tiram presságios ou tiram conclusões acerca da maneira e esperanças de cura da enfermidade que o causou; indício de qualquer lesão orgânica ou mau funcionamento fisiológico.

Na análise de Laudelino Freire, **Medicina** é a Ciência que tem por fim prevenir e curar as doenças, cada um dos sistemas empregados para debelar as doenças; **médico** é o que cursou a faculdade ou as escolas de Medicina e recebeu os respectivos graus, clínico; **doença** é a falta de saúde, desarranjo no organismo, alteração ou perturbação das funções orgânicas, moléstia, enfermidade, mal; e **sintoma** é o fenômeno das funções ou da constituição material dos órgãos, próprio para indicar a natureza, existência ou sede de uma enfermidade. Sintoma direto é aquele que é produzido pela própria lesão ou perturbação funcional; sintoma objetivo é o que pode ser conhecido imediatamente ou por meio dos processos clínicos e técnicos pelo médico; sintoma subjetivo é aquele que o paciente consciencioso pode descrever, mas que não é exteriormente perceptível (por ex. dor, alucinação); e sintoma patognomônico é aquele cuja existência basta para fazer o diagnóstico.

De acordo com o Larousse, **Medicina** é o conjunto de atividades técnicas e científicas que tem por fim a prevenção, a cura e o alívio das doenças; **médico** é e diplomado em medicina, profissional que exerce a medicina, clínico, doutor; **doença** é a alteração da saúde que comporta um conjunto de caracteres definidos, como causa, sinais, sintomas e evolução; mal, moléstia, enfermidade; e **sintoma** é qualquer fenômeno ou mudança no organismo que revela existência de uma afecção ou lesão.

Para Aurélio, **Medicina** é a arte e ciência de evitar ou curar doença, ou de paliar seu(s) efeito(s); **médico** é aquele que está habilitado a exercer a Medicina; **doença** é a denominação genérica de qualquer desvio do estado normal, conjunto de sinais e sintomas que têm uma só causa, moléstia; e **sintoma** é qualquer fenômeno de caráter subjetivo provocado no organismo por uma doença e que, descritos pelo paciente, auxiliam, em grau maior ou menor, a estabelecer um diagnóstico.

No entender de Houaiss, **Medicina** é o conjunto de conhecimentos relativos à manutenção da saúde, bem como à prevenção, tratamento e cura das doenças, traumatismos e afecções, considerada por alguns uma técnica e, por outros, uma ciência; **médico** é aquele que se formou em Medicina, doutor; **doença** é a alteração biológica do estado de saúde de um ser, manifestada por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não; enfermidade, mal, moléstia; e **sintoma** é fenômeno subjetivo, referido por um paciente acerca

de sua doença, para estabelecer o seu diagnóstico; em sentido lato, é manifestação de alteração orgânica ou funcional.

Para a Enciclopédia da Folha de São Paulo (1996), que reúne Oxford, Larousse, Cambridge e Webster's, a **Medicina** é estudo e prática do diagnóstico, tratamento com drogas e prevenção de doenças. A Medicina envolve o estudo da estrutura e funções dos sistemas do corpo e das anormalidades causadas pelos processos patológicos.

A **doença** é definida como um estado de impedimento do funcionamento do corpo ou de parte dele. É caracterizada por anormalidades estruturais ou funcionais, que podem ser qualitativas, quantitativas ou ambas. (...) Uma doença pode causar um único efeito ou efeitos múltiplos; esses efeitos múltiplos são chamados síndrome. (...) Anormalidades de um tecido ou órgão em particular, ou de um dos sistemas do corpo, podem resultar apenas em manifestações limitadas relativas à natureza de sua função normal. Portanto os sintomas ou efeitos de uma doença podem ser específicos daquela parte afetada do corpo. Sintomas não-específicos também podem acontecer, e não podem, isoladamente, ser relacionados a uma doença específica de forma conclusiva. Assim, em prol do diagnóstico, o espectro de sintomas específicos e não-específicos e os efeitos de uma doença são importantes.

Para a Enciclopédia Barsa, a **Medicina**, entendida como meio de cuidar da saúde, existe desde o aparecimento do ser humano, mas como ciência e tecnologia seu surgimento é muito recente e indissociável dos tempos modernos. Define-se como sendo o conjunto de ciências e técnicas que têm por objetivo prevenir, atenuar e curar doenças. Tem como pontos de partida a anatomia e a fisiologia do homem e, em sua prática específica, abrange a etiologia, a patologia, o diagnóstico, o prognóstico, a terapêutica, a profilaxia, a deontologia médica e outros setores correlatos. À medida que se multiplicaram os recursos para examinar e tratar as diversas partes do corpo ou as diferentes situações do organismo humano ao longo da vida, surgiram as especialidades médicas, cada vez mais numerosas.

Em **Doença** a Barsa informa que os agentes capazes de alterar o estado normal de um organismo são de origens muito diversas. É por esse motivo que a nosologia, capítulo da patologia geral que estuda as características de cada enfermidade, obedece a diferentes critérios, que podem ser anatômicos, fisiológicos, socioeconômicos, geográficos etc.

Doença é o estado de alteração da saúde física ou mental sob efeito de agentes perniciosos originados dentro ou fora do organismo. (...) Chama-se moléstia o complexo de alterações funcionais e morfológicas, de caráter evolutivo, que se manifestam no organismo submetido à ação de causas estranhas, contra as quais reage. (...) A fim de manter o equilíbrio funcional, isto é, a saúde, os seres vivos utilizam constantemente mecanismos de compensação e adaptação de suas funções às variações do ambiente externo. Se os estímulos forem exagerados, ou agirem bruscamente, ou

ocorrerem em fase de enfraquecimento daqueles mecanismos, o organismo não consegue manter o equilíbrio de suas funções e estruturas orgânicas, e sobrevém a moléstia. (...)

Com certa frequência, em exame clínico ou autópsia, o médico detecta uma doença que o paciente não se queixava: é que os mecanismos de compensação permitiram ao organismo adaptar-se a esse estado mórbido. Trata-se sempre, porém, de um equilíbrio lábil: bastaria a ação de qualquer agente pouco agressivo, às vezes mesmo não aparente, para desencadear os sintomas que evidenciam a moléstia. Por isso não se deve confundir as manifestações clínicas com a doença, que pode estar presente desde o nascimento, com manifestações tardias.

Enfermidade é a alteração de alguma função, como, por exemplo, a cegueira, a miopia, a surdez etc., que pode ser a seqüela de uma moléstia. Afecção é a alteração de um órgão e pode provir também de uma moléstia. Por exemplo, a febre reumática, mesmo depois da cura, pode deixar alterada permanentemente a válvula mitral. Essa alteração denomina-se afecção. Lesão é a alteração de uma estrutura anatômica, que pode ser de pele, músculo, cerebral etc.

Denomina-se sintoma toda manifestação anormal do organismo, como dor, fraqueza, febre, diarreia, emagrecimento ou hemorragia. Constitui, assim, a expressão fundamental da alteração da saúde e, portanto, o sinal de alarme da doença. As moléstias se configuram pela identificação de um conjunto de sintomas, alguns mais importantes, outros menos, mas todos relacionados à mesma causa. (...)

Em geral, o doente procura o médico por causa de um ou mais sintomas subjetivos, que constituem o ponto de partida para consulta e o exame, pelos quais se verifica o conjunto de sintomas, se emite um diagnóstico e se determina uma terapia. Ao conjunto de sintomas chama-se síndrome.

Denomina-se sinal o fenômeno aparente por meio do qual se chega à identificação da doença. (...) Na semiologia clínica, assim como na semiologia das diversas especialidades médicas, estudam-se os sinais próprios de cada doença.

5. AVALIAÇÃO - NÃO É SINÔNIMO DE DIAGNÓSTICO

Segundo a ABL (1943), avaliar significa determinar o valor, calcular, orçar, computar, apreciar, ajuizar, fazer a apreciação. Avaliação é o ato de avaliar.

Conforme Rodrigo Fontinha (1950), avaliar significa calcular ou fixar o valor de, apreciar, compreender bem, estimar. Avaliação é a ação ou resultado da ação de avaliar, idéia que de qualquer coisa se forma, estimativa.

Na análise de Laudelino Freire (1954), avaliar significa determinar o valor, merecimento, reconhecer a grandeza, a integridade, a força de; apreciar; orçar, computar; ter em conta, considerar, reputar, Avaliação é o ato de avaliar, apreciação, estimação.

De acordo com o Larousse (1992), avaliar significa determinar a importância de, apreciar o mérito de, estimar, imaginar, fazer ideia de. Avaliação é o ato ou efeito de avaliar, apreciação, análise, estimativa.

Para Aurélio (1999), avaliar significa apreciar, calcular, estimar o valor de, calcular, computar, fazer ideia de, supor, reconhecer a grandeza, a intensidade, a força de. Avaliação é o ato ou efeito de avaliar.

No entender de Houaiss (2001), avaliar é ter ideia de, conjecturar sobre ou determinar a qualidade, a extensão, a intensidade etc de, apreciar o mérito, estimar. Avaliação é apreciação ou conjectura sobre condições, extensão, intensidade, qualidades etc de algo (por ex. avaliação médica de um paciente), verificação que objetiva determinar a competência, o progresso etc. de um profissional, aluno etc. Em seu Dicionário de Sinônimos e antônimos, de 2003, Houaiss define avaliação como tendo os seguintes sinônimos: análise, conjectura, exame, juízo, julgamento, opinião, parecer, ponderação – e não inclui a palavra diagnóstico.

Comentário: Exatamente por não poderem determinar a causa da moléstia, ou enquadrar a doença no quadro nosológico, os profissionais de saúde não-médicos não fazem diagnóstico, e sim realizam avaliações, que são estimativas ou conjecturas a respeito do estado do paciente – e não servem por si só para firmar diagnóstico ou indicar a conduta de investigação da causa da enfermidade.

A partir de tão precisa conceituação etimológica, *avaliação funcional* significa apreciação ou conjectura sobre condições, extensão, intensidade, qualidades, uma verificação que objetiva determinar a competência ou o progresso das funções de paciente – e, portanto, corresponde exatamente ao que um profissional de saúde não-médico pode executar – e não pode nem deve ser entendido, de forma alguma, como um diagnóstico, como veremos adiante.

Não há qualquer previsão legal para os paramédicos realizarem diagnósticos, ou seja, estes não têm competência para tal determinação. Dentro da mais clara lógica da organização das profissões, estes profissionais, por possuírem uma visão parcial e complementar da saúde, fazem estimativas, e a prerrogativa de diagnóstico e prognóstico é exclusiva do profissional que mantém (e/ou deve manter) a visão geral do paciente – o médico.

Transcrevemos a definição de avaliação, segundo o Dicionário Médico Enciclopédico Taber (17ª Edição, Editora Manole, Barueri, SP, 2000):

1. Julgamento de alguma coisa. 2. Em Medicina, a consideração da saúde e capacidade e potencial físicos e mentais de um paciente ou de uma pessoa considerada como saudável. 3. A etapa final do processo de enfermagem, essencial para que fiquem asseguradas a qualidade e eficácia do processo da enfermagem (...). 4. Em Fisioterapia, os procedimentos utilizados na determinação do es-

tado do paciente antes do início da intervenção terapêutica e a mudança no estado, para que seja determinada continuamente a adequação ou necessidade de adaptação do programa terapêutico.

Assim, mostra-se lógico, coerente e necessário, senão imprescindível, que profissionais paramédicos realizem sempre uma avaliação prévia e posterior à sua intervenção, de modo a que fiquem asseguradas a qualidade e eficácia de sua ação, por exemplo, adequando-a a cada paciente. Ressalve-se a indevida referência feita a um “diagnóstico de enfermagem”, ato inexistente, como veremos adiante, tampouco para profissionais fonoaudiólogos, fisioterapeutas ou nutricionistas.

6. DENOMINAÇÕES, RESOLUÇÕES E INFORMAÇÕES

Tenentes e capitães são oficiais **subalternos**, majores e coronéis são oficiais **superiores**. Almirantes e brigadeiros são oficiais gerais, e o posto mais alto que um soldado, cabo ou sargento pode alcançar é o de sub-oficial. Médicos residentes não são membros (staffs) do Corpo Clínico e são numerados conforme o ano em que estejam (R1, R2, R3 etc.). Cirurgiões em posição de auxílio são denominados **auxiliares ou assistentes**, otorrinolaringologistas chamados ao CTI desempenham uma função **auxiliar**, cardiologistas são **auxiliares** no preparo do paciente para a cirurgia, médicos radiologistas realizam exames **complementares** e **auxiliam** o diagnóstico, médicos patologistas avaliam peças cirúrgicas e dão laudos (diagnóstico anatomo-patológico) que embasam o médico assistente para que este formule um diagnóstico clínico, e nessa linha seriam muitos os exemplos na Medicina e fora dela.

A Lei Nº 7.565, de 19/12/1986 estabelece o Código Brasileiro de Aeronáutica e expressa que o Comandante é responsável pela operação e segurança da aeronave e os demais membros da tripulação ficam subordinados, **técnica e disciplinarmente**, a ele, que **exerce autoridade inerente à função** desde o momento em que se apresenta para o voo até o momento em que entrega a aeronave, concluída a viagem. O Comandante **poderá delegar** a outro membro da tripulação as atribuições que lhe competem, menos as que se relacionem com a segurança do voo.

A Lei Nº 7.183, de 5/4/1984, regula o exercício da profissão de aeronauta e determina as diversas funções a bordo. Comandante é o piloto responsável pela operação e segurança da aeronave - exerce a autoridade que a legislação aeronáutica lhe atribui; o co-piloto é **auxiliar** do comandante na operação da aeronave; o mecânico de voo é **auxiliar** do comandante, encarregado da operação e controle de sistemas diversos, conforme especificação dos manuais técnicos da aeronave; o navegador é **auxiliar** do comandante, encarregado da navegação da aeronave quando a rota e o equipamento o exigirem, a critério do órgão com-

petente do Ministério da Aeronáutica; o radioperador de vôo é **auxiliar** do comandante, encarregado do serviço de radiocomunicações nos casos previstos pelo órgão competente do Ministério da Aeronáutica; e o comissário é o **auxiliar** do comandante, encarregado do cumprimento das normas relativas à segurança e atendimento dos passageiros a bordo e da guarda de bagagens, documentos, valores e malas postais que lhe tenham sido confiados pelo comandante.

Toda sociedade é administrada de forma hierarquizada, seja civil ou militar. Nas democracias a manifestação é livre para todos os cidadãos, mas cargos e funções são organizados e estratificados para o bem do convívio humano e da indispensável eficiência. Portanto, o princípio da igualdade democrática é focado no direito ao voto, mas mesmo aí existem limites, como a idade para votar e para ser candidato, por exemplo, e não deve ser confundido com um igualitarismo ou anarquismo, em que todo cidadão poderia fazer tudo, a seu único e exclusivo critério.

Existem profissionais de saúde que não aceitam a hierarquia técnica, funcional e histórica do médico na equipe de saúde, quando se trata de pacientes – indivíduos com sinais e sintomas e em busca de um diagnóstico e indicação terapêutica – e alegam que ao serem socialmente conceituados de determinada forma, estariam sendo desprestigiados, injustiçados e vítimas de preconceito.

Portanto, há que se frisar que não há em si nenhum demérito, desprezo ou juízo de valor, mas apenas uma clara e precisa conceituação, sem desejo algum de ofender ou diminuir outros profissionais, que merecem todo o respeito dos médicos e de suas entidades, desde que tenham para com os médicos e para o Bom Senso o mesmo respeito e consideração que desejam – e devem – receber.

Quando, como no caso abaixo, a pretensão for apenas definir um conceito ou propriedade, de forma alguma se deveria excluir do vocabulário um termo adequado, apenas para atender ou agradar um cidadão, categoria ou classe que alega que se sente ofendido ou diminuído, ainda mais se ficar caracterizado que em verdade tenta proteger, expandir suas atribuições ou alargar seu ego, fazendo-o transbordar além de uma real (e portanto aceitável) dimensão.

Pelo contrário, a sugestão terapêutica para esta tendência disfuncional da auto-avaliação é de que se deva justamente reforçar a denominação (sem confundir-la com ato de dominação), diuturnamente, até que a negação se transforme em aceitação, e o fato distorcido como sendo negativo seja percebido e incorporado como positivo – e definitivo.

Assim, precedido por esse raciocínio, temos que segundo o Dicionário Aurélio, Ed 1999, **paramédico** é relativo à **complementação** de serviços médicos; que tem relação secundária com a Medicina. Segundo o Dicionário Houaiss, paramédico diz-se de ou pessoa que atua em certas áreas auxiliares da Medicina, sem ser médico; e cita que “funcionários paramédicos foram contratados para atender áreas rurais”

(fisioterapeutas e técnicos de radiologia são paramédicos). Segundo o Dicionário Michaelis, paramédico é termo referente à complementação dos serviços médicos; que tem atuação secundária na área de saúde, sem ser médico.

O Conselho Nacional de Saúde - CNS (<http://conselho.saude.gov.br/>), entidade formada por 40 conselheiros, dentre eles 1 (um) representante dos médicos (via CFM) em meio a participantes os mais diversos, como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), cada um com idêntico poder de voto, emitiu em 3 de março de 1993, a sua Resolução Nº 44, cuja redação é a seguinte:

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei 8.080 de 10 de setembro de 1990, em sua Reunião Ordinária ocorrida nos dias 3, 4 e 5 de março de 1993, considerando

Que a análise de documentos oficiais tem identificado a inclusão do termo PARAMÉDICO designando profissionais não-médicos na área de Saúde;

Que tal terminologia amplamente utilizada quando tais atividades profissionais se encontravam vinculadas às atividades médicas e sob sua supervisão;

Que através do tempo a identidade e autonomia das profissões foram sendo delineadas através de leis específicas que definiram o conjunto de atribuições e funções de cada uma delas;

Que a reformulação do Sistema de Saúde disposto no Artigo 198 da Constituição estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde - SUS;

Que tais bases do sistema repousam na integralidade das ações;

Que tal integralidade supõe como premissa básica a existência de ações distintas, diferenciadas, específicas, de acordo com a autonomia dos profissionais envolvidos em equipe multidisciplinar;

Que tal autonomia não fere o trabalho em equipe, mas, ao contrário, é a base do trabalho em respeito mútuo;

Que tais ações, portanto, integradas no Sistema Único de Saúde – SUS, são incompatíveis com a conceituação de PARAMÉDICO anteriormente citada, resolve:

Indicar, a partir de agora, uma revisão de tais documentos oficiais para a eliminação do termo PARAMÉDICO e a substituição do mesmo para PROFISSIONAL DE SAÚDE, inclusive o médico, consoante com as reformas preconizadas pela Constituição e ratificadas pela IX Conferência Nacional de Saúde.

Ass: Jamil Haddad, presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução nº 44 do CNS, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

Ass: Jamil Haddad, Ministro de Estado da Saúde

Analisemos e cometemos esta Resolução, a partir da cada um dos “considerandos” supra-citados:

1. “Que tal terminologia amplamente utilizada quando tais atividades profissionais se encontravam vinculadas às atividades médicas e sob sua supervisão”.

Comentário: O CNS choca-se com os dicionários e tenta interferir na língua brasileira, parecendo partir do pressuposto técnico de que as atividades de Enfermagem, Fisioterapia e Fonoaudiologia possam ser executadas sem supervisão médica, ou seja, dispensando indicação médica e reavaliação a seguir de seus resultados por profissional médico o que é temerário e inverídico.

2. “Que através do tempo a identidade e autonomia das profissões foram sendo delineadas através de leis específicas que definiram o conjunto de atribuições e funções da cada uma delas”.

Comentário: O CNS parece declarar ou reconhecer que as leis das referidas profissões lhes concederiam autonomia ilimitada, com atribuições e funções independentes do médico.

3. “Que a reformulação do Sistema de Saúde disposto no Artigo 198 da Constituição estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Comentário: O Artigo 198 da CF determina que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

Não se consegue perceber relação alguma entre o artigo 198 da CF e a necessidade do CNS se pronunciar sobre o termo paramédico; talvez tenha sido atribuído ao termo “atendimento integral” algum sentido de concessão de autonomia e independência às profissões de Enfermagem, Fisioterapia e Fonoaudiologia.

Por oportuno, citamos que o Art. 196 da CF define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Como orientação ao CNS, de forma genérica e filosófica, **deve-se entender o princípio da integralidade como busca de garantia de acesso aos serviços por parte de toda a população.** Isso não significa que quem deseje fazer uma tomografia irá dirigir-se ao serviço de radiologia para fazê-la, e teria direito de ser atendido. Há que se entender o óbvio: existe uma hierarquia e uma ordenação técnica a ser respeitada.

Da mesma forma, invocamos o inciso XIII do Artigo 5º da CF, que determina ser “livre o exercício de qualquer profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”. Isso significa que tal liberdade tem restrições, ou seja, a lei determina qual seja o limite de uma profissão, e as da área de saúde deveriam aceitar mais pacificamente tal enquadramento.

4. “Que tais bases do sistema repousam na integralidade das ações”

Comentário: Aqui parece explicar-se o considerando anterior. No entender do Plenário do CNS, “integralidade das ações” significaria “igualdade entre os agentes”, ou seja, uma declaração de que não deva mais haver hierarquia técnica.

5. “Que tal integralidade supõe como premissa básica a existência de ações distintas, diferenciadas, específicas, de acordo com a autonomia dos profissionais envolvidos em equipe multidisciplinar”.

Comentário: Aqui se expõem as contraditórias intenções do CNS. A partir do texto constitucional, interpreta que “integralidade” significaria que os profissionais de saúde integram uma equipe multidisciplinar. O termo correto é multiprofissional, pois engloba diferentes profissões; multidisciplinar encerra, por exemplo, várias especialidades médicas – diferentes disciplinas de um mesmo curso ou formação. O CNS se omite de identificar e nomear quem coordene ou comande a equipe, imaginando que cada um dos integrantes executaria “ações distintas, diferenciadas e específicas” – o que tecnicamente é impossível de ser encontrado na prática clínica.

6. “Que tal autonomia não fere o trabalho em equipe, mas, ao contrário, é a base do trabalho em respeito mútuo”.

Comentário: A partir da “integralidade” citada na CF o CNS passa a defender a “autonomia” plena dos agentes, entendendo que cada um fazendo o que quer, sem coordenação médica ou sem coordenação alguma, seria eficaz para o trabalho em equipe, e que “a autonomia seria a base do trabalho em respeito mútuo”, fechando numa frase ininteligível.

7. Que tais ações, portanto, integradas no Sistema Único de Saúde – SUS, são incompatíveis com a conceituação de PARAMÉDICO anteriormente citada, resolve:

Comentário: Pelo contrário, nada há na CF que determine tal necessidade do CNS se ocupar com uma tentativa frustrada de *intervenção por decreto na língua portuguesa*, pois **os profissionais de saúde são paramédicos, na mesma medida em que dependem sempre de indicação médica para intervirem sobre pacientes** (indivíduos com sinais e sintomas). Pelo contrário, esta Resolução do CNS choca-se com a própria Constituição e com os dicionários e demais textos que serão aqui apresentados.

O termo paramédico continua a ser utilizado livremente, como sendo do direito de todos:

O Decreto Nº 37.870, de 18 de abril de 1996, redefine artigos do Estatuto do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG, conforme a Lei Nº 9.380, de 18 de dezembro de 1986 e pelo Decreto nº 26.562, de 19 de fevereiro

de 1987: Art. 50 - O credenciamento de profissionais para serviços de assistência médica, odontológica e **complementar**, com remuneração “pro labore”, não determina, entre o IPSEMG e os respectivos profissionais, qualquer vínculo empregatício ou funcional. Art. 22 - O credenciamento de hospitais, laboratórios, clínicas de exames de diagnóstico e tratamento ou de qualquer serviço especializado é condicionado à comprovação de existência de profissional legalmente habilitado, que se responsabilizará pela execução do serviço de assistência. Art. 24 - A entidade credenciada será responsável pelas conseqüências decorrentes de culpa profissional do seu corpo clínico, **paramédico e do pessoal auxiliar**, individualmente ou em **equipe**. Art. 30 - É vedada a cobrança de qualquer adicional, taxa ou complementação não prevista no contrato, por entidade credenciada, profissional convocado por esta, bem como a integrante de seu corpo clínico, **paramédico, auxiliar**, individualmente ou em equipe.

O Rotary Club de São Paulo, em seu Boletim de Nº 3.502, publicado em 14/2/03, divulga o “Mutirão de Coração e Diabetes”, que “visa ao diagnóstico de diabetes, por meio da dosagem de açúcar no sangue, bem como ao diagnóstico de obesidade e doenças do coração nos usuários de determinada estação de metrô de SP, maiores de 40 anos e de ambos os sexos. Serão montados 10 consultórios cardiológicos, 4 consultórios para nutricionistas e 5 postos de enfermagem para o atendimento de 500 pessoas. Todos serão submetidos à avaliação cardiológica na busca de enfermidades, tais como hipertensão, doenças do coração etc. Aos obesos, será ministrada orientação dietética através de palestras proferidas a grupos no local, bem como pela distribuição de cartilhas de orientação alimentar. Todo o **pessoal técnico médico e paramédico** é do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entidade firmemente engajada em programas de diagnóstico e prevenção de enfermidades cardiovasculares”.

Como exemplo recente, a Resolução N. 670-006 de 04.06.2003 que trata do Regulamento-Geral do Programa de Assistência aos Servidores do Tribunal Regional Federal da Primeira Região, determina em seu Art. 14 que “o Pro-Social oferece aos seus beneficiários diversos serviços e benefícios sociais, entre eles, meios **complementares** de diagnóstico, compreendendo exames laboratoriais, radiológicos e outros; e fixa que os benefícios de ortodontia, de órteses, de próteses e implementos médico-hospitalares e odontológicos, de internação domiciliar, de **assistência paramédica** e o auxílio-medicamentos serão objeto de (...). A Seção V trata da **assistência paramédica**, que consiste na prestação de serviços nas áreas de fonoaudiologia, enfermagem, terapia ocupacional e fisioterapia, (...) e prevê que a realização da assistência paramédica deverá ser **previamente autorizada** pela Administração do Programa e **acompanhada pelo Serviço Médico**.”

Vale citar como ilustração os questionamentos proferidos pelo ministro do Supremo Tribunal Federal, Joaquim Barbosa, em voto que leria na Corte sobre o habeas corpus impetrado por um casal do RJ no sentido de obter o direito proceder o aborto de feto anencéfalo. O habeas corpus ficou prejudicado por falta de objeto, pois a criança nasceu em 28/2/04 e sobreviveu apenas por 7 minutos. Habeas corpus 84.025-6. Rio de Janeiro. Voto: (...) “Ante o exposto, concedo parcialmente a ordem, para cassar a decisão do Superior Tribunal de Justiça, assegurando à paciente G.O.C. o direito de, **assistida por médico**, tomar, caso seja essa sua vontade, a decisão de

interromper a gravidez, desde que isso ainda seja viável do ponto de vista médico, visto haver indícios de que a gravidez já esteja em estágio avançado. Estendo igualmente a ordem a todo o **corpo médico e paramédico** que eventualmente venha a se envolver no possível evento hospitalar”.

Em seu “Pequeno histórico do surgimento da Fisioterapia no Brasil”, o fisioterapeuta Rivaldo Rodrigues Novaes Junior, Professor da disciplina de História da Fisioterapia e Ética do curso de Fisioterapia da Universidade Santa Cecília – UNISANTA, informa que “A modernização dos serviços, com o conseqüente aumento da oferta e da procura, vai levar a que os chamados médicos de reabilitação se preocupassem com a resolutividade dos tratamentos. Com este objetivo, empenharam-se para que o ensino da Fisioterapia como recurso terapêutico, então restrito aos bancos escolares das faculdades médicas nos campos teórico e prático, **deveria ser difundido entre os paramédicos**, que eram os praticantes da arte indicada pelos doutores de então. Assim, em 1951 é realizado em São Paulo, na USP, o primeiro curso no Brasil para a formação de técnicos em Fisioterapia, com duração de um ano em período integral, acessível a alunos com 2º grau completo e ministrado por médicos. Homenageando o professor de física biológica da Faculdade de Medicina, que criou um serviço de eletrorradiologia na referida cadeira em 1919, o **curso paramédico** levou o nome de Raphael de Barros, formando os primeiros fisioterapeutas (denominação da época)”.

O Correio Braziliense publicou em 22 de janeiro de 2002 carta do leitor André Luis do Nascimento Monteiro, em que este comenta o seu “receio em ir até mesmo a uma clínica, lembrando que uma mulher foi a uma clínica para verificar um problema de enxaqueca e saber se o médico poderia lhe receitar algum medicamento, pois a dor era insuportável ao ponto de lhe tirar o sono. Na clínica ela recebeu um sedativo muito forte que a fez dormir e um **paramédico** a violentou”.

Portanto, fica claro que não é agregado qualquer caráter depreciativo às palavras auxiliar, complementar ou paramédico. Representam termos técnicos, apolíticos e desprovidos de valor, intrínseco ou comparativo. E, por tudo que representam, podem e devem ser utilizados.

Ressalte-se, como irônica curiosidade linguística, que **complementar** é algo que torna completo o que, sem sua presença, está incompleto. Logo, as atividades complementares são essenciais à obtenção da plenitude da assistência e conservação da saúde. Pode-se depreender que o atendimento médico aos pacientes, frise-se, entendidos como indivíduos com sinais e sintomas, não será tecnicamente completo e integral se não contiver os serviços paramédicos, como os de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, entre outros. Nesse sentido, podemos comparar uma entidade hospitalar a um avião, e o atendimento à pessoa ao transporte aéreo, ambos transportando a pessoa para que chegue a seu destino em segurança – de volta à saúde.

Assim, os aviões, para que cumpram sua função com eficiência, são comandados por pilotos, e a assistência ao enfermo é comandada pelo médico, mas ambos, apesar de tal função hierárquica, sabem (ou devem saber) que o vôo

ou a Saúde dependem da perfeita harmonia no trabalho integrado de todos esses profissionais, cada um exercendo suas importantes funções da melhor forma possível. Sem essa cooperação, tanto o voo quanto a saúde correriam riscos desnecessários, senão irresponsáveis.

Entretanto, o Conselho Regional de Fisioterapia da 2ª Região expressa no editorial de sua revista de março/abril de 2004 o conceito de que “*A manutenção de um sistema de saúde hierarquizado, presumindo que determinada categoria profissional, da área de saúde ou não, conhece mais ou tem mais capacidade de garantir a saúde de alguém, pode ser avaliada como uma tentativa de garantir o poder e impedir que mudanças prejudiquem interesses de ordem corporativista*”.

A manchete da capa da revista informa que “Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais - profissionais conquistam cada vez mais espaços” e mais adiante, o Colegiado do CREFITO-2 afirma que “*aqueles que defendem o Projeto de lei do Ato Médico não estão preocupados com a qualidade do atendimento médico, nem em garantir o efetivo exercício da tão nobre profissão que é a medicina. Preocupam-se mais em estabelecer-se à frente do poder no cenário da saúde, mesmo que isso resulte em prejuízo do usuário*”.

Não há razões para que um profissional de saúde, que não médico ou odontólogo, se ofenda ao ser denominado paramédico, auxiliar, complementar e/ou de atuação secundária, mas é seu direito manifestar-se. Já determinar a si próprio como *autônomo e independente*, é algo que, por princípio, não cabe.

A seguir estaremos assinalando, comentando e propondo correção de tais distorções conceituais e técnicas.

No ensino superior privado, as mensalidades dos cursos superiores de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Biologia, Educação Física, Nutrição, Farmácia e Enfermagem representam entre 25 e 35% do custo mensal de uma Faculdade de Medicina, e são exigidos menor carga horária diária e menos anos de curso; os formandos adentram o mercado de trabalho dois a três anos antes dos médicos, cuja maior parte se empenha por mais dois três anos de Residência Médica, levando o tempo de formação de um médico apto a enfrentar o mercado de trabalho e conseguir emprego a um total de 8 a 9 anos.

Baltasar Gracian, filósofo e jesuíta espanhol, (1601-1658), em um de seus sábios aforismos, este a respeito do **Esforço e Capacidade**, ensina que: *Não há excelência sem ambos, e se estão juntos o resultado é ainda melhor. A mediocridade com esforço consegue mais que a superioridade sem ele. A reputação se compra com trabalho: pouco vale o que pouco custa. O esforço quase sempre depende do temperamento. Pode-se entender alguém que prefira ser medíocre numa função mais alta a se destacar em uma ocupação humilde. Mas não há desculpa para quem se contenta em ser mediano num cargo inferior; podendo ser*

excelente no mais alto. Necessita-se, portanto, de natureza e arte, junto com aplicação.

No **Apêndice 2** estão relacionadas proporções candidato/vaga e notas máximas e mínimas registradas nos concursos para ingresso nas carreiras da Área de Saúde das Universidades Federais de RJ, SP, MG, PR, RS e PE, todas gratuitas, bem conceituadas e muito procuradas. Essas universidades realizam vestibulares unificados para candidatos às áreas de saúde, o que permite bem compará-los, e a UFRS realiza a mesma prova para todos os candidatos de todas as áreas, o que permite comparar os vestibulandos de Medicina com todas as outras, mesmo fora da Área de Saúde.

Constata-se que os candidatos à Medicina enfrentam uma concorrência de 2 a 5 vezes superior às demais profissões, todos os futuros médicos passariam entre os primeiros colocados de todas as demais áreas do conhecimento e poucos dos primeiros colocados de algumas áreas entrariam para Medicina.

Assim, desde o início os profissionais de saúde “não são iguais” em esforço ou capacidade, e, portanto, não haveriam de sê-lo ao final. Pelo contrário, progressivamente se diferenciam em si e entre si, a partir das opções exercidas por cada um, em termos de grau de vocação, aptidão, esforço, dedicação, empenho, persistência, capacidade, dificuldade, responsabilidade, relevância social etc. etc., enfim, algo que genericamente se denomina mérito.

Nessa linha de raciocínio, soa ainda mais indevida a pretensão de quebra de hierarquia técnica ou a negação da posição de elite intelectual e cultural (sem referência à pretensão de elite social, econômica ou política) de fato alcançada pelo médico dentre, ao menos, os demais profissionais de saúde.

E por todo esse empenho, torna-se incompatível com tal grau de diferenciação que sua remuneração (resultante natural de todos esses fatores) seja semelhante a dos demais profissionais de saúde de nível superior, por desmerecer os que mais se dedicam e aperfeiçoam e para atender a eventuais pressupostos igualitários e pseudo-democráticos.

Sabe-se que no setor público os salários, vítima de viés ideológico igualitário, são nivelados e os médicos são desestimulados, e os paramédicos de nível superior recebem bem mais do que no setor privado, que segue as habituais regras de mercado (também como mera constatação, sem juízo de valor).

E muitos do problema de atos médicos que eventualmente são delegados aos paramédicos podem ser atribuídos justamente ao “natural abandono”, conseqüente ao contraste de remuneração entre o setor público, aviltante e igualitário, mas estável, e o privado, insatisfatório e instável, mas aberto à livre iniciativa e à conquista de melhor remuneração – ainda alcançável por muitos.

A razão econômica explica a tentativa de órgãos públicos e privados atribuírem a não-médicos funções de médicos: são rigorosamente mais baratos, em termos de custo de formação, nas aspirações de retorno ao investimento empregado e na

aceitação e cumprimento efetivo da carga horária contratada.

Este conceito veio a público na entrevista do ministro de Estado da Justiça Márcio Thomaz Bastos, que na Rádio CBN, em rede nacional, no dia 24/03/2004, ao abordar a greve que ocorre na Polícia Federal, em que taxou de absurdo o fato dos agentes federais buscarem equiparação com profissionais de nível superior e fez a seguinte comparação: *O fato é tão absurdo, pois seria igual a um enfermeiro de nível superior querer ganhar igual a um médico*. Vale citar que o ministro está sendo alvo de interpelação judicial e ação civil pública, com pedido de indenização a título de danos morais, movidos pelo Conselho Federal de Enfermagem, em que este alega que os profissionais enfermeiros teriam sido *vítimas de discriminação*...

Discriminação, preconceito ou mérito reconhecido – e conceito bem estabelecido?

A revista Época, da Editora Globo, em sua edição de 1º de setembro de 2003, apresenta pesquisa do Instituto Paraná de Pesquisas que mostra quais sejam as profissões dos sonhos das famílias: 1º) médico – 34%; 2º) advogado – 17%; 3º) engenheiro – 12%; 4º) empresário – 8%; 5º) dentista – 5%; 6º) informática – 4% e 7º) professor – 2%.

A revista Veja, da Editora Abril, em sua edição de 19 de maio de 2004 informa sobre pesquisa da International Stress Management Association que relaciona as profissões mais estressantes do Brasil, na ordem: 1º) seguranças e policiais; 2º) motoristas de ônibus e controladores de voo; 3º) médicos e enfermeiros – por terem vários empregos e conviverem de perto com o sofrimento.

A Editora Abril, ao longo do ano de 2004, veiculou anúncios de página inteira em várias de suas publicações conclamando as empresas a colaborarem com o Projeto “Parceiro da Escola”, declarando que estariam “investindo no cidadão brasileiro e no futuro do Brasil”. O lema é: “Faça parceira com futuros médicos, dentistas, advogados, economistas e cidadãos brasileiros”.

Em resumo, a profissão de médico gera grandes expectativas, exige grande empenho para acessar boas faculdades, estende-se por muitos anos, em grande carga horária de estudos e estágios e acarreta grande responsabilidade e stress pelos riscos potenciais de falhas e erros. E deveria, a partir dessa constatação, ser bem mais respeitada e dignificada – e remunerada à altura disso tudo.

A revista Isto É, da Editora Três, em sua edição de 22 de janeiro de 2003, retrata a questão do Projeto de Lei sobre Ato Médico, em tramitação no Senado Federal. Na íntegra, transcrevemos a matéria:

Projeto que define o campo de trabalho do médico esbarra em outras categorias e gera debate entre profissionais da saúde.

Quando o Congresso Nacional voltar ao trabalho, em fevereiro, a comunidade dos profissionais de saúde – médi-

cos, fisioterapeutas e psicólogos, entre outros – estará envolvida em um grande debate. O centro da discussão é um projeto de lei denominado Ato Médico, que define as competências e os limites no exercício da medicina.

No formato atual, ele pode restringir o direito de diagnosticar doenças e de determinar o tratamento de um paciente aos médicos. Isso vai de encontro às regulamentações de outras profissões do setor. “Se essa lei for aprovada como está, os pacientes poderão pensar que só os médicos têm condição de examiná-los”, diz Miriam Salomão, do Conselho Federal de Nutrição.

“Cada categoria profissional tem seus atos privativos, além de responsabilidades em comum com outras categorias. Os limites entre o comum e o privativo devem ser avaliados por todos”, afirma o coordenador-geral do CNS, o médico sanitário Nelson Rodrigues dos Santos.

Esses encontros prometem ser aguerridos. Até porque será a primeira vez que os profissionais da saúde irão estudar em conjunto suas responsabilidades. Segundo Althoff, o projeto é inadiável porque a maioria das categorias ligadas à saúde já regulamentou suas atribuições. “E muitas delas adentraram em área privativa dos médicos”, comenta o senador, que é pediatra. Ele elaborou a proposta com o apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM). No entanto, a redação inicial irritou 13 conselhos profissionais e deflagrou um surto de protestos, vindos de especialistas como fisioterapeutas e biomédicos.

Um dos pontos mais polêmicos é a definição do que exatamente os médicos entendem por ato médico. “Esse conceito influi diretamente na divisão das responsabilidades e no relacionamento entre os profissionais de saúde”, explica Artur Custódio, representante dos usuários dos serviços de saúde no CNS. É aí que começa o bate-boca. O projeto de Althoff diz que ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico e dirigido para a promoção da saúde, diagnóstico e reabilitação. As outras categorias protestaram contra a abrangência do texto.

“Há a possibilidade de o projeto dar um caráter autoritário às relações de trabalho. Dá margem a pensar que, mesmo em uma equipe formada por vários profissionais, a palavra final em qualquer decisão será dada pelo médico”, diz a bióloga Noemy Tomita, presidente do Conselho Federal de Biologia.

O presidente do CFM, Edson de Oliveira Andrade, defende essa posição. “Diagnosticar doenças e decidir como intervir em patologias são prerrogativas dos médicos”, justifica.

Fica patente que a grande oposição ao Projeto de Lei no Senado advém do desejo de que não haja coordenação da equipe de saúde, pois cada um dos paramédicos deseja ter sua “autonomia e independência”, e ser porta de entrada do sistema, solicitar exames, fazer diagnósticos e indicar tratamentos. Em torno dessa expectativa de *serem quase médicos*, se unem, se mobilizam e agem em várias instâncias.

Durante Seminário em janeiro de 2003, entidades não médicas da área de Saúde reunidas no RS elaboraram documento que afirma que a iniciativa do PL 025/02a Lei do Ato Médico (PL 025/02) “estaria gerando sentimentos de insegurança e medo na população e colocando em dúvida a capacidade e competência do trabalho dos demais profissionais de saúde”. Declaram as entidades de

paramédicos: “o PL 025/02 significa uma ameaça à Política Nacional de Saúde e a política do SUS, cujos princípios fundamentais estão inseridos na Constituição Federal de 1988, da universalidade, da integralidade, da equidade e da hierarquização; fere o inciso XIII do artigo 5º da Constituição que garante que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer; as consequências seriam graves para a saúde no Brasil; configura-se como um retrocesso na implantação do SUS, por meio da construção da integralidade das ações de atenção à saúde; implicaria na descontinuidade das ações profissionais na área da saúde, principalmente no SUS; reduz e limita as atenções à saúde da população a uma só categoria profissional, desconsiderando que a atuação da saúde deve atender de forma integral às necessidades bio-psico-sociais dos indivíduos e dos coletivos; limita, se não impede, o livre acesso da população à saúde nas suas diversas especialidades; restringe o livre exercício das profissões de saúde ao tentar atribuir ao médico atividades que são próprias de diversos profissionais da área da saúde e é contrário às prerrogativas das leis de atuação profissional”.

Comentário: Esta afirmação baseia-se nos mesmos falsos postulados que fundamentam a Resolução Nº 44 do Conselho Nacional de Saúde. Os paramédicos almejam o *livre acesso às especialidades*, que lhes incluiria como se médicos fossem; querem fazer crer que todos os profissionais da saúde são iguais e a hierarquização técnica não mais existiria, se empenhando por uma abordagem inovadora, sem similar na literatura planetária.

Entre ser médico, doutor e Doutor:

O Edital do Concurso Público para o cargo de médico perito do município do Rio de Janeiro de 1995 para Clínica Médica exigia conhecimentos a respeito de:

“Avaliação diagnóstica; evolução, prognóstico, importância dos métodos complementares invasivos e não invasivos; análise e interpretação do tratamento clínico e cirúrgico nas diversas enfermidades: doenças infecciosas, contagiosas e parasitárias; doenças, distúrbios e lesões do aparelho locomotor; doenças neoplásicas; doenças, distúrbios e lesões neurológicas; distúrbios endócrinos e metabólicos, afecções da pele e anexos; doenças do aparelho cardiovascular; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças dos rins e trato urinário e doenças do sistema imune e hematológico”. Na área de Psiquiatria o conteúdo programático previa “Psicopatologia; avaliação diagnóstica; evolução, prognóstico; métodos complementares; tratamento psicoterápico e medicamentoso; avaliação quanto à capacidade civil e à responsabilidade penal” e no tema Semiologia Clínica e Cirúrgica, entre outros, incluía “considerações anatômicas e métodos de exame de face, ouvidos, nariz, boca, garganta e laringe; movimentação das articulações, tônus e marcha; e o exame neurológico incluía alterações da palavra e da linguagem, da marcha e do equilíbrio”

Bastante abrangente, como se vê. Em suma, estes são os conhecimentos exigidos de um *doutor*.

Há séculos os médicos são chamados de doutores. Em países europeus e de origem européia, como as Américas, os dicionários unanimemente apresentam o termo doutor como sinônimo de médico, esculápio. Historicamente mais recentes, foram criados os graus acadêmicos de Mestre e Doutor, e em nosso país somaram-se as duas expressões, que não devem ser confundidas. Todo professor pode (e deve) ser carinhosamente chamado de mestre, assim como todo aquele que ensina pode se intitular professor, mesmo não exercendo cargo público ou privado de Professor. Assim são os professores de Canto, os professores particulares e os professores de dança. Embora pudessem ser mais precisamente denominados instrutores, não há que se pretender impor à população a adoção de expressões ou mudanças em seu gosto pelas palavras.

Estas surgem, são adotadas, modificadas e/ou abandonadas de forma natural e popular. Nesse sentido, a expressão “doutor” é uma forma espontânea de um povo – ou vários povos – manifestarem reconhecimento à dedicação de uma determinada profissão ao saber e à sua aplicação ao bem estar de todos.

A Resolução COFEN Nº 256/2001 visou autorizar o uso do Título de Doutor, pelos enfermeiros, considerando, por exemplo, (transcrição literal) que “o uso do título de Doutor tem por fundamento procedimento isonômico, sendo em realidade, a confirmação da autoridade científica profissional perante o paciente/cliente e que a não utilização do título de Doutor, leva a sociedade e mais especificamente a clientela, a que se destina o atendimento da prática da enfermagem pelo profissional da área, a pressupor subalternidade, inadmissível e inconcebível, em se tratando de profissional de curso superior; e que deve ser mantida a isonomia entre os profissionais da equipe de saúde, e que o título de Doutor é um complemento, ou seja, um “plus”, quanto a afirmação de um legítimo direito conquistado à nível de aprofundamento de uma prática terapêutica, com fundamentação científica”.

Comentário: Observe-se que a motivação dessa Resolução é clara: negar uma subalternidade e submissão técnica do enfermeiro em relação ao médico. Confunde submissão moral ou pessoal, mas técnica, como a da equipe de voo, supracitada. O enfermeiro executa no paciente somente os atos terapêuticos indicados e prescritos pelo médico. Pretender outra situação significa tentar subverter o bom senso e romper os laços de hierarquia que viabilizam o trabalho em equipe. Termos como *isonomia* e *legítimo direito à prática terapêutica* subtendem um indisfarçável anseio em ser médico, o que poderia ser atendido em cursando uma das tantas faculdades autorizadas a funcionar nos últimos anos. A partir desse raciocínio, dois dos autores, em artigos publicados nos jornais O Globo e Jornal do Brasil, ironizaram o fato do COFEN ter tentado, por meio de portaria autárquica,

interferir na linguagem popular. O Caderno de Debates da RBORL, no vol. 70, Edição 2 de março-abril de 2004, em matéria comentada pelo médico otorrinolaringologista Aziz Lasmaz, re-publicou ambos os artigos.

Estes foram “respondidos” pelo presidente do COFEN, em seu texto “Chamem o doutor enfermeiro”, publicado no Jornal do Brasil, em que declara que: “o dito popular consagrou a noção da *visita de médico* como rápida e superficial. A idéia de chamar o médico pode estar no inconsciente das pessoas. Na prática, contar com um médico em casa é, hoje, privilégio de uma minoria. Quando assinamos a resolução, iniciamos um processo objetivando criar uma tradição. Sem pretensão. Um fato precisa ficar claro: é o corporativismo, o autoritarismo e por vezes, o terrorismo de alguns médicos que impedem, muitas vezes, o enfermeiro de exercer plenamente suas funções, como diagnosticar, prescrever medicamentos e até mesmo dar consultas nas situações em que a lei lhe faculta esse direito. A prática é normal em outros países, onde esse profissional é respeitado e não sofre perseguições ou boicotes corporativos”.

Comentário: Tais expressões ferem a Lei da Enfermagem, conforme demonstrar-se-á, e permanecem impunes, embora merecessem interpelação a respeito, exigindo por exemplo, que seja apresentada de forma documentada, provas a respeito de quais médicos teriam agido “de forma corporativa, autoritária e terrorista impedindo que enfermeiros diagnosticuem, prescrevam e dêem consultas”(!). Como se impedir ou denunciar esses atos ilegais (exercício ilegal da Medicina) não fosse a atitude correta – para todo e qualquer cidadão...

O Conselho Federal de Fonoaudiologia, em sua Recomendação 01/99, dispõe sobre a utilização do Título de Doutor pelos profissionais Fonoaudiólogos, na qual, considerando que o Dicionário Aurélio define “Doutor” como “aquele que se formou numa universidade e recebeu a mais alta graduação desta, após haver defendido tese em determinada disciplina literária, artística ou científica”, recomenda que “o Título de Doutor só deverá ser utilizado por profissionais que tenham realizado Curso de Doutorado, com conseqüente defesa de Tese, em Universidades Nacionais ou estrangeiras, revalidadas na forma da legislação vigente”.

Comentário: Apesar disso, habitualmente não se destaca que esta mesma obra registra médico como sendo sinônimo de doutor, fato corriqueiro no conjunto de línguas ocidentais.

Problema semelhante ocorre nos E.U.A.

A Academia Americana de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (AAO-HNS) divulgou alerta em 2003 (tradução literal):

“Os audiologistas continuam fazendo esforços para ex-

pandir de modo inapropriado seu escopo de atuação, com um Projeto de Lei que pretende lhes dar acesso direto dos usuários sem precisar passar por um médico. Permitir tal acesso direto aos audiologistas iria retirar do médico a avaliação inicial e o diagnóstico do paciente. **Distúrbios da audição e do equilíbrio são condições médicas e requerem, obrigatoriamente, anamnese completa, exame físico e diagnóstico por um médico, e a definição a respeito da conduta médica de investigação e tratamento deve ser apresentada por um médico.** Pacientes que recebam orientação médica por qualquer outro indivíduo que não seja médico correm o risco de erro diagnóstico e tratamento inapropriado”.

Embora audiologistas sejam valiosos profissionais de saúde que trabalham com otorrinolaringologistas, eles não deveriam nem devem englobar a avaliação ou o tratamento dos distúrbios da audição e do equilíbrio. A atual legislação estipula que somente médicos podem diagnosticar e dirigir o manejo das doenças e distúrbios médicos, como perdas auditivas e distúrbios do equilíbrio.

Audiologistas simplesmente não possuem o treinamento e experiência necessários para executar as mesmas funções dos médicos. Somente os médicos otorrinolaringologistas possuem treinamento e experiência necessários para tratar e conduzir os distúrbios da audição e do equilíbrio.

Permitindo-se acesso direto aos audiologistas, médicos serão eliminados da avaliação inicial e do diagnóstico dos distúrbios da audição – e estar-se-á beneficiando os não-médicos com uma autoridade para praticar a Medicina. Para a saúde e o bem estar dos usuários, o diagnóstico e a conduta médica das perdas auditivas e dos distúrbios do equilíbrio devem sempre permanecer sob os cuidados de um otorrinolaringologista.

A Academia se opõe fortemente ao referido Projeto de Lei”

A mesma AAO-HNS em 28 de maio de 2004, divulgou que o *Center for Medicaid and Medicare Services* (CMS), órgão governamental que determina normas de qualificação para o atendimento em Audiologia, baixou novas normas e o seu regulamento mantém a exigência do sistema de saúde americano de que o paciente seja avaliado por médico, e que este solicite avaliação audiológica antes do paciente ser submetido a quaisquer exames.

Comentário: Tem sido verbalmente alegado que existiria uma altíssima autonomia de intervenção dos paramédicos nos países “mais desenvolvidos”, como nos Estados Unidos, Canadá, Japão ou na Europa em geral. Entretanto, pelo contrário, predomina no chamado primeiro mundo uma situação de trabalho conjunto, dentro de serviços médicos e sob direção médica, não ocorrendo, na maior parte dos países, sequer a prática profissional autônoma de fonoaudiólogos (de nível superior) ou logopedistas (de nível médio), fora de serviços médicos – geralmente de Otorrinolaringologia e/ou Foniatria

São infundadas as afirmações de que, por serem de nível superior, não haveria uma hierarquia técnica entre médicos e outros profissionais de saúde. Como exemplo,

não há quem (de bom senso e intenção) conteste que o enfermeiro, o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta atuem no paciente enfermo a partir – e somente aí – da prescrição ou indicação médica. Há que se ressaltar que tal restrição é tecnicamente obrigatória quando se trata da execução de atos de intervenção terapêutica em indivíduo com sinais e sintomas – o chamado paciente. Sobre os demais cidadãos, obviamente não há o que restringir a prática dessas profissões em termos de orientação preventiva e de cuidados gerais da saúde, individual ou coletiva, no desenvolvimento de aptidões e recursos, como os de comunicação.

Jose Seligman, médico otorrinolaringologista e editor do ORL, jornal da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial (ex-SBORL), bem descreve em seu Editorial de setembro/outubro de 2002, intitulado “A Medicina e a Adolescência” parte do conflito que os médicos vivenciam com as profissões paramédicas:

A adolescência é uma situação aborrecida, na qual aquelas maravilhosas crianças que conhecemos, educadas, bigiênicas, simpáticas, alegres, inteligentes, bem humoradas, tranqüilas, afáveis etc. etc., dão um chute para o alto e se transformam em pequenos diabos com corpo de adulto e cabeça de minhocas. A transformação pode até ser súbita mas, nem por isto, nós deixamos de amá-las.

Quando um pai acaba de saber que seu filho pegou o carro sem autorização e decide que ele não terá o direito de sair de casa no próximo fim de semana, às vezes, tem necessidade de provar que nada disto é pessoal. Trata-se, simplesmente, de exercer sua autoridade de acordo com as regras adrede estabelecidas.

Ocasionalmente, faz valer sua autoridade na marra, eleva a voz com a mãe, a avó e a madrinha, explica que continua querendo muito ao moleque, mas não abre mão do castigo:

– Vai ficar em casa no fim de semana!

A Medicina brasileira, tem enfrentado algumas traquinagens de seus “filhos adolescentes”, profissões novas, recém chegadas ao mercado. Tergiversou, fez vista grossa, não deu a devida importância, e a molecada seguiu aprontando.

Até que um dia, decidiu fazer valer a sua autoridade. Passou a exigir que o ato médico seja executado exclusivamente por médicos. Determinou que esta medida seja imediatamente posta em prática. Desprezou a gritaria que logo se estabeleceu. Rejeitou o bate-boca, o pisoteio e a confusão. Sua decisão estava tomada.

Mas como um pai afetuoso, nunca deixou de amá-los. Eles deverão continuar a conviver conosco, a sentir que nós não os abandonamos. Seu lugar, dentro da hierarquia, está assegurado.

– Ficarão, no entanto, sem sair no fim de semana.

Cite-se a comparação feita por Marco Antonio Becker, médico oftalmologista, presidente do CRM do Rio Grande do Sul e vice-presidente do CFM: “Por mais que um coroinha conheça o ritual da missa, e eventualmente até mais que o próprio sacerdote, isto não lhe torna padre, nem lhe confere *poder legal* para rezar missa, sagrar hóstias ou ministrar os sacramentos. Tais atribuições e competências são exclusivas do sacerdote, e todos devem resignar-se a auxiliá-lo nessas tarefas, por mais próximas e fáceis lhes pareçam”.

Manifestações dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina:

Parecer CRM-PR 428/93

“Os exames audiométricos e impedanciométricos são parte da investigação médica e complementares ao exame clínico. A Lei 6965/81 define a competência, porém limita autonomia do fonoaudiólogo remetendo a sua atuação em equipe de diagnóstico. (...) Como tal exame executado pelo fonoaudiólogo não tem sentido isolado da abordagem médica, fica subentendido que a ação do fonoaudiólogo, no tocante ao relatório técnico, destina-se a auxiliar ou complementar o médico na sua atenção ao doente, de forma que a sua ação deve realizar-se mediante solicitação médica, enviando ao médico solicitante o laudo para interpretação no contexto clínico.

Parecer CFM 30/96

“Atos que visem diagnóstico, prognóstico ou terapêutica só podem ser praticados por médico ou executados por outros profissionais quando prescritos e/ou supervisionados por médico”.

Resolução CFM Nº 1475/97

Trata da competência em realizar exames audiométricos, e “considerando que compete exclusivamente ao médico realizar o diagnóstico e prescrição do tratamento das patologias auditivas”, resolve que “os exames audiológicos, incluindo a audiometria, deverão ser executados exclusivamente por médicos e fonoaudiólogos”

Parecer CRM-RS 38/98

Analisando o texto da Lei 6965/81 “entende que o fonoaudiólogo pode realizar testes audiológicos, mas a sua interpretação cabe ao médico, que tem competência para indicar a realização de exames, fazer o diagnóstico e prescrever o tratamento” (...) “Opina que somente ao médico cabe o diagnóstico das patologias, inclusive auditivas, a prescrição do método ou técnica de cura, a supervisão da aplicação destes métodos e a alta do paciente. Assim sendo, o fonoaudiólogo pode realizar os teste audiológicos, participando de uma equipe de diagnóstico, conforme refere a pré-citada Lei 6965/81, destacando-se que o profissional capacitado a fazer o diagnóstico é sempre o médico”. (...) Sugere que o CFM esclareça a Resolução 1475/97, se manifestando quanto a quem cabe a interpretação do exame realizado.

Parecer CFM 463/98

Esclarece que “não há o que se falar em obscuridade quanto à interpretação dos testes audiológicos, no texto da Resolução CFM 1475/97, pois esta prevê a competência exclusiva do médico para realização de diagnóstico e prescrição. Os fonoaudiólogos podem realizar exames audiológicos, conforme a Lei 6965/81 mas o diagnóstico caberá exclusivamente ao médico”

Parecer CRM-SP S/Nº 99

Questionado sobre de quem é a competência para atestar ou dar diagnósticos em procedimentos ligados à área de Otorrinolaringologia (audiometria, exame otoneurológico, videolaringoscopia rígida e flexível, alterações auditivas e da voz), considerando a Legislação, “que o fonoaudiólogo atua preponderantemente na terapia fonoaudiológica, com base no diagnóstico firmado pelo médico, não lhe outorgando a lei e o decreto competência para realização de exames e diagnóstico que são atos médicos. Assim, o parecer fonoaudiológico somente pode ser entendido como aquele destinado à realização da terapia fonoaudiológica dos problemas da comunicação oral e escrita, voz e audição, com base no diagnóstico médico, estabelecido na conformidade dos exames realizados”.

No Apêndice 3 encontram-se as principais Resoluções que ilustram o ponto de vista dos Conselhos de Medicina a respeito da questão de atribuições e competências:

- CREMERJ 121/98 - define Ato Médico;
- CREMESC 42/98 - define Ato Médico;
- CREMERJ nº 174/01 - define Ato Médico em Otorrinolaringologia;
- CFM de nº 1.627/2001 - define Ato Médico;
- CFM nº 1.718/2004 - veda o ensino de atos médicos privativos a profissionais não-médicos.

Assinale-se, por oportuno, que a Resolução 12/97 do Conselho Federal de Psicologia proíbe expressamente o ensino de métodos e técnicas de avaliação psicológica por não psicólogos. Em sua defesa, alertando (sic) contra cursos que divulgavam ensinar a candidatos a concursos públicos como se portar em testes de avaliação psicológica (testes psicotécnicos), a presidente do Conselho Regional de Psicologia de Alagoas declarou em 30/12/01 que “estão tentando banalizar um instrumento de trabalho exclusivo do profissional psicólogo”, e que “as propostas dos cursinhos são tentativas de vender ilusões que ferem a questão ética e nós já interceptamos dois através de anúncios em jornais”.

Cite-se que várias das profissões paramédicas incluem em seus códigos de ética artigos que vedam ou dificultam a difusão do conhecimento a leigos.

7. DIAGNÓSTICO

Segundo a 8ª Edição do Dicionário da Língua Portuguesa de Antonio de Moraes Silva, Editora Empresa Litteraria Fluminense, Rio de Janeiro. (Figura 1)

Comentário: Registre-se que este é considerado o primeiro dicionário brasileiro, inicialmente editado em 1802, o que permite que a presente revisão alcance, portanto, os últimos 200 (duzentos) anos de língua portuguesa.

Diagnose – do grego *dia* - por meio, *gnosis* - conhecimento. Termo médico - Conhecimento da causa das doenças pela observação dos sinais diagnósticos, ou dos sintomas que apresentam.

Diagnóstico – que dá a conhecer a causa da doença; a arte de conhecer doenças pelos seus sintomas; o conjunto dos elementos que determinam esse conhecimento; opinião que o médico forma sobre a natureza de uma doença.

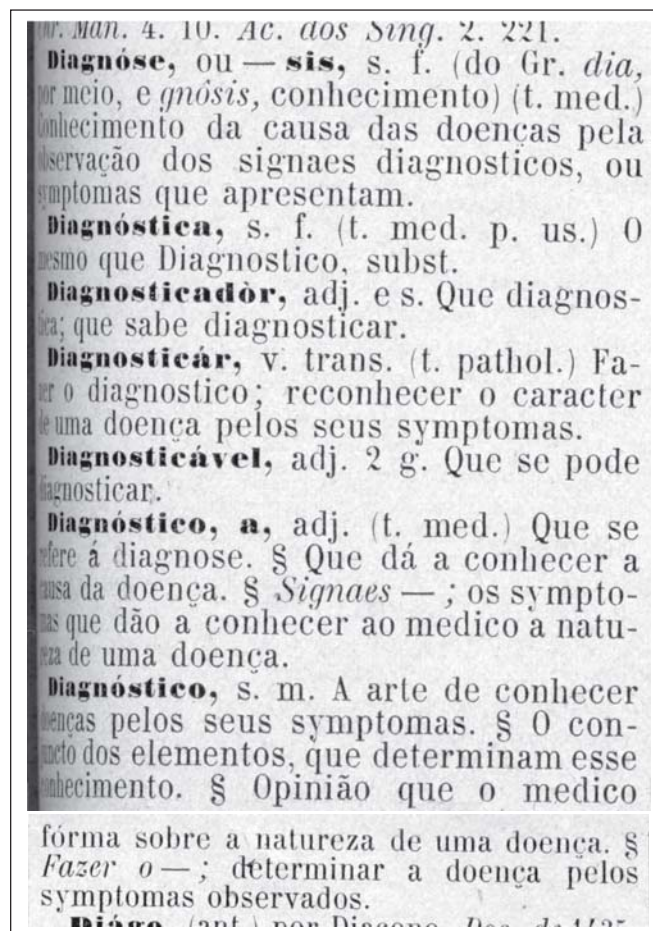


Figura 1. 1889

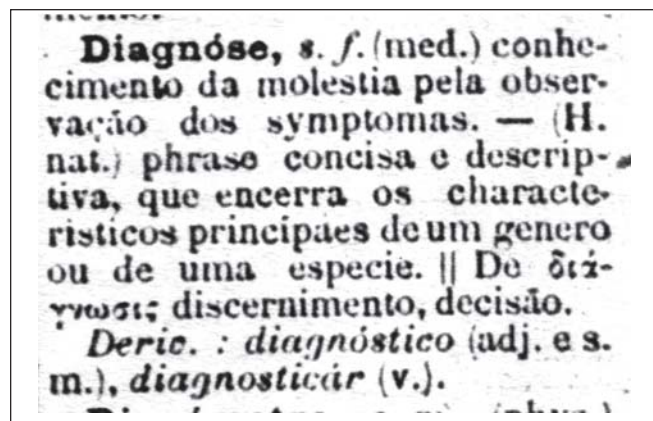


Figura 2. 1909

Comentário – o autor cita a origem grega apenas como explicação para um termo essencialmente médico, tendo sido adotado pela Medicina e aceito na linguagem popular como referente à “determinação da causa das doenças”.

1909. Segundo o Vocabulário Etymológico Orthographe e Prosódico das Palavras Portuguezas Derivadas da Língua Grega, de B. F. Ramiz Galvão, Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro. (Figura 2)

Diagnose – Termo médico – conhecimento da moléstia pela observação dos sintomas; origina-se do grego *diagnosis* - discernimento, decisão.

DIAGNOSE [ghnôz'] n. f. (du gr. *diagnosis*, connaissance). Bot. Caractéristique d'une plante, qui la distingue des autres : La **DIAGNOSE** est une description sommaire.
— Pathol. Art de définir les maladies par l'exposé, concis mais suffisant, de leurs symptômes caractéristiques et distinctifs.

DIAGNOSTIC [ghnoss-tik'] n. m. (de l'adj. *diagnostique*). Méd. Partie de la médecine qui a pour but de déterminer la nature de la maladie, et par conséquent de la classer dans le cadre nosologique.

— ENCYCL. Le *diagnostic* est l'acte médical le plus important, puisqu'il conduit à l'institution du traitement approprié à la maladie considérée. Il exige, de la part du médecin, non seulement le savoir, mais aussi un jugement sûr, et parfois une véritable intuition. Il est basé sur des renseignements aussi nombreux et précis que possible, tirés des commémoratifs, de l'examen clinique, et, le cas échéant, des recherches de laboratoire. Par commémoratifs, il faut entendre tout ce qui est antérieur, chez le patient, à son état actuel, c'est-à-dire son hérédité, ses maladies antécédentes, ses occupations, son genre de vie, son milieu d'existence, etc. Pour la détermination des signes cliniques, on met en œuvre les indications fournies par l'aspect du malade, son faciès, son attitude, son odeur, les colorations anormales de la peau et des muqueuses, l'état de la langue, la qualité du pouls, la pression sanguine, la température; — par l'auscultation, la percussion, la palpation, etc. Quant aux recherches de laboratoire, elles utilisent, d'une part, les moyens physiques et chimiques : endoscopie, radioscopie, analyse des humeurs : urine, sang, exsudats, l'examen microscopique des dépôts urinaires, du sang, du pus, des sécrétions, des matières fécales, des tissus lésés et dont un fragment a été prélevé par biopsie; de l'autre, les moyens biologiques : prélèvements et cultures des exsudats, du sang, et détermination des espèces microbiennes en jeu, réactions sérologiques, séro-agglutination, déviation du complément, etc., et enfin diverses épreuves permettant de juger de l'état fonctionnel de l'organe ou des organes malades : estomac, foie, poumons, reins, cœur. Grâce à tous les renseignements obtenus de la sorte, le diagnostic est posé et de ce diagnostic vont dépendre le pronostic, autrement dit l'évolution probable de la maladie, et le traitement qui convient au cas considéré.

DIAGNOSTIQUE [ghnoss-tik'] adj. (gr. *diagnostikos*). Se dit des caractères par lesquels on détermine la nature d'une maladie.

— ENCYCL. On distingue trois sortes de caractères *diagnostiques* : les caractères *pathognomoniques* qui sont censés fixer la nature d'une maladie et qui suffiraient donc, à eux seuls, à reconnaître celle-ci; — les caractères *différentiels* qui permettent de différencier entre elles certaines maladies ayant des caractères communs; — les caractères *accidentels* qui dépendent moins de la maladie elle-même que des réactions propres au sujet qu'elle atteint.

DIAGNOSTIQUER [ghnoss-ti-ké] v. tr. (de *diagnostic*). Déterminer l'espèce d'une maladie d'après ses symptômes.

Figura 3. 1929

Comentário: O autor frisa a origem grega da palavra, mas a reconhece somente como termo médico e da História Natural, sem sinônimas na língua portuguesa.

1929. Segundo a Enciclopédia Larousse du XXe Siècle, Librairie Larousse, Paris. (Figura 3)

Diagnóstico – Termo médico – É a parte da Medicina que tem por objetivo determinar a natureza da doença e, por consequência, classificá-la no quadro nosológico. **O diagnóstico é o ato médico mais importante, pois leva à instituição do tratamento apropriado para a moléstia considerada.** Isto exige do médico não apenas o saber, mas também uma capacidade de decidir corretamente, e por vezes verdadeira intuição. É baseado nas informações, as mais numerosas e precisas quanto for possível, obtidas dos comemorativos, do exame clínico e das pesquisas laboratoriais. (...) A partir da obtenção de todas essas informa-

diagnose. (diag'nôzi) S.f. (*Med.*) Conhecimento da moléstia pela observação dos sintomas. || (*Hist. Nat.*) Frase concisa e descritiva, que encerra os principais caraterísticos de um gênero ou de uma espécie. (Do gr. διάγνωσις, discernimento, exame).

diagnosticador, a. (diagnostika'dor, -ra) Adj. Que diagnostica. || U.t.c.s. Pessoa diagnosticadora.

diagnosticar. (diagnošti'ka) V.tr. Fazer diagnóstico. || (*Fig.*) Dar uma previsão.

diagnosticável. (d'agnošt'kaveļ) Adj. Que pode ser diagnosticado.

diagnóstico, a. (diag'nôstiku, a) Adj. Relativo à diagnose. || S.m. Conjunto de sintomas pelos quais se determina a diagnose. (Do gr. διαγνωστικός, distintivo).

Figura 4. 1943

Diagnose, s. f. (Gr. *diagnosis* < *diá* — através + *gnōsis* — conhecimento) — Classificação duma doença pelos sintomas que apresenta.

Diagnosticar, v. tr. — Fazer o diagnóstico de (qualquer doença).

Diagnosticável, adj. — Suscetível de se diagnosticar.

Diagnóstico, s. m. (Gr. *diagnostikós*) — Conjunto de sintomas que servem para determinar o carácter específico duma doença; *adj.* — relativo à diagnose.

Figura 5. 1950

ções, o diagnóstico é determinado e desse diagnóstico irá depender o prognóstico, ou seja, a evolução provável da doença, e o tratamento que convém ao caso considerado.

Comentário – Destaque-se a sentença: “o diagnóstico é o ato médico mais importante, pois leva à instituição do tratamento apropriado para a moléstia considerada”.

1943. Segundo o Dicionário da ABL - Academia Brasileira de Letras, Ed. Imprensa Nacional. (Figura 4)

Diagnóstico – é o “conjunto de sintomas pelos quais se determina diagnose”, que por sua vez consiste em termo médico cujo significado é “conhecimento da moléstia pela observação dos sintomas”. Discernimento, exame.

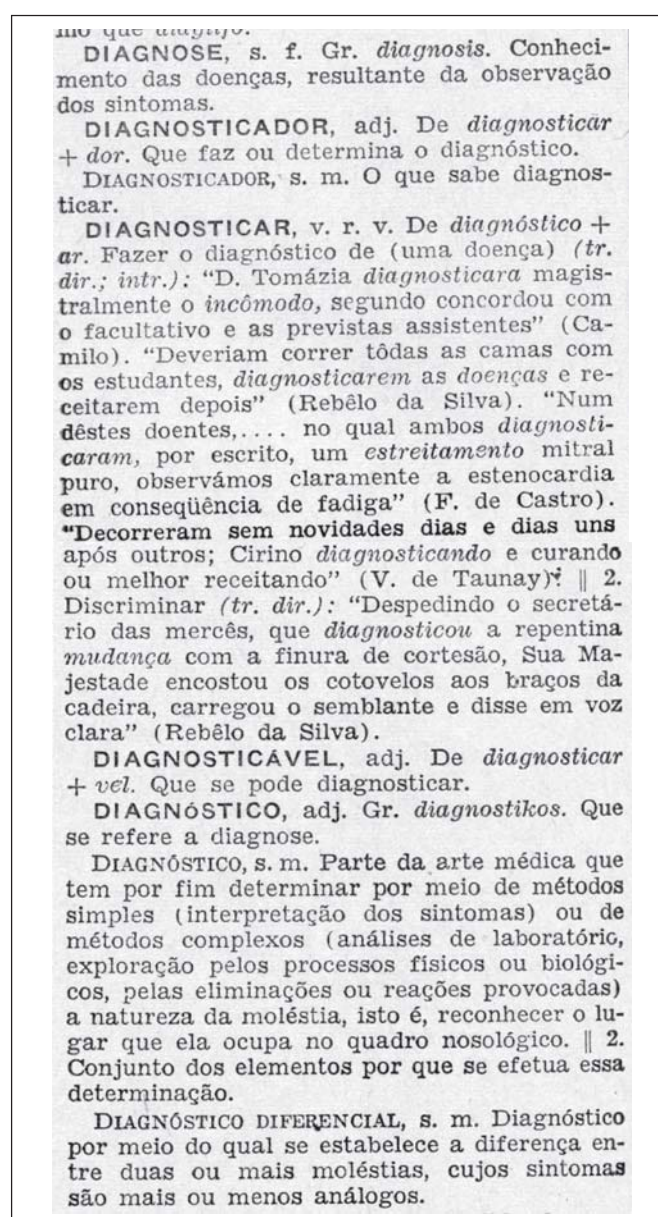


Figura 6. 1954

Diagnosticar – fazer diagnósticos, dar uma previsão.

Comentário: Reafirma diagnóstico como termo médico.

1950. Segundo Rodrigo Fontinha, em seu Novo Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, Editorial Domingos Barreira, Porto, Portugal. (Figura 5)

Diagnose – classificação duma doença pelos sintomas que apresenta.

Diagnosticar – fazer o diagnóstico de (qualquer doença).

Diagnóstico – conjunto de sintomas que servem para determinar o caráter específico duma doença, relativo à diagnose

Comentário: Reafirma a definição do termo “diagnóstico” como relacionado à determinação de doença.

1954. Segundo Laudelino Freire, em seu Grande e Novíssimo Dicionário da Língua Portuguesa, Livraria José Olympio Editora, Rio de Janeiro. (Figura 6)

Diagnose – conhecimento das doenças, resultante da observação dos sintomas.

Diagnosticador – que faz ou determina o diagnóstico

Diagnosticar – fazer o diagnóstico de (uma doença).

Diagnóstico – Parte da arte médica que tem por fim determinar por meio de métodos simples (interpretação dos sintomas) ou de métodos complexos (análises de laboratório, exploração pelos métodos físicos ou biológicos, pelas eliminações ou reações provocadas) a natureza da moléstia, isto é, reconhecer o lugar que ela ocupa no quadro nosológico; conjunto dos elementos por que se efetua essa determinação.

Comentário – impossível ser mais claro: Diagnóstico é o ato médico de determinar a causa das doenças.

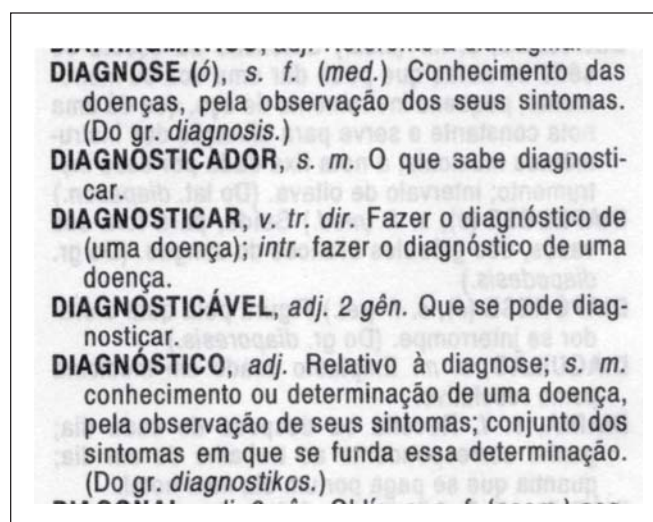


Figura 7. 1952-65

1952-65. Segundo o Dicionário Brasileiro Globo, de Francisco Fernandes e Celso Pedro Luft, Editora Globo rev. 1993. (Figura 7)

Diagnose – conhecimento das doenças, pela observação de seus sintomas.

Diagnosticar – fazer o diagnóstico de (uma doença).

Diagnóstico – relativo à diagnose, conhecimento ou determinação de uma doença, pela observação de seus sintomas; conjunto dos sintomas em que se funda essa determinação.

Comentário: Reafirma a conexão do termo ‘diagnóstico’ à área médica, significando determinação de doença.

1952-67. Segundo José Pedro Machado em seu Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, Editorial Confluência, Lisboa e São Paulo. (Figura 8)

Diagnose – ato de discernir, capacidade, poder de discernir, meio de discernir, resolução, decisão, ato de julgar, daí julgamento, apreciação, avaliação.

Diagnóstico – capaz de discernir, de reconhecer; termo médico – capaz de diagnosticar.

Comentário: Busca no autor Moraes, de 1813 e supracitado, a origem grega do termo, e interpreta de forma secundária seu emprego na área médica.

1972. Segundo o Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro. (Figura 9)

Diagnose – descrição minuciosa do animal e da planta, pelo seu classificador, feita em geral em latim.

Diagnóstico – conhecimento ou determinação de uma doença pelos sintomas; conjunto de dados em que se baseia essa determinação.

Comentário: Correlaciona o termo à determinação de doença

1976. Segundo o Jesuíta Isidro Pereira, em seu Dicionário Grego-português e Português-grego, Livraria Apostolado da Imprensa, Porto, Portugal. (Figura 10)

Diagnóstico - conjunto de sintomas em que se baseia a determinação duma doença; arte de reconhecer as doenças pelos sintomas.

Comentário: Mostra-se inapropriado pretender, trinta e oito anos depois, contrariar tal definição, alterando seu significado para uma terminologia de *diagnóstico funcional feito por não-médicos*.

Os dicionários a seguir são posteriores à regulamentação das profissões para-médicas:

1982-86. Segundo Antonio Geraldo da Cunha, autor do Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa, 2ª Edição, Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro. (Figura 11)

Diagnose, s. Do fr. *diagnose*, este do gr. *diagnōsis*, «acto de discernir; capacidade, poder de discernir; meio de discernir; resolução, decisão; acto de julgar; daí, julgamento, apreciação, avaliação». Em 1813, *Moraes*², s. v. *diagnosis*.
Diagnóstico, s. Do fr. *diagnostic*, este do gr. *diagnōstikós*, «capaz de discernir, de reconhecer; med., capaz de diagnosticar». Em 1813, *Moraes*².

Figura 8. 1952-67

Diagnose, s. f. (Med.) *Diagnóstico*; (Hist. Nat.) descrição minuciosa do animal e da planta, pelo seu classificador, feita em geral em latim.
Diagnosticador (ô), adj. Que *diagnostica*; indicador; s. m. o que sabe *diagnosticar*.
Diagnosticar, v. t. Fazer o *diagnóstico* de. (Pres. ind.: *diagnostico*, etc. Cf. *diagnóstico*.)
Diagnosticável, adj. & gñ. Que se pode *diagnosticar*.
Diagnóstico, adj. Que diz respeito a *diagnose*; s. m. conhecimento ou determinação de uma doença pelos sintomas; conjunto dos dados em que se funda essa determinação. (Cf. *diagnostico*, do v. *diagnosticar*.)

Figura 9. 1972

Diagnôsticos, s. m. διαγνωστικὸν σημεῖον, s. m. **Diagnóstico, s. m.** || conjunto de sintomas em que se baseia a determinação duma doença, διαγνωστικὸν σημεῖον ou, s. n. || arte de reconhecer as doenças pelos sintomas, σημειωτική, ἡς, s. f. (sub. τέχνη).
Diagonal, s. f. διαγώνιος γραμμή. ἡς. s. f.

Figura 10. 1976

diagnose sf. ‘(Med.) conhecimento ou determinação de uma doença’ ‘(Hist. Nat.) descrição de um animal ou de uma planta’ 1813. Termo da linguagem científica internacional, tomado ao gr. *diagnōsis* ‘discernimento, exame’, de *diagignōskein* ‘discernir’ || **diagnosticar** 1881. Do fr. *diagnostiquer* || **diagnóstico** 1813. Do fr. *diagnostic*, deriv. do gr. *diagnostikós* ‘capaz de ser discernível’.

Figura 11. 1986

Diagnose – Termo médico – conhecimento ou determinação de uma doença. Termo da linguagem científica internacional, tomado ao grego *diágnōsis* “discernimento”, “exame”.

Comentário: É termo médico tomado ao grego.

1975-95. Segundo o Dicionário Prático da Língua Portuguesa Melhoramentos, Editora Melhoramentos, São Paulo. (Figura 12)

Diagnose – Termo médico – Diagnóstico.

Diagnóstico – qualificação dada por um médico a uma enfermidade ou estado fisiológico, com base nos sintomas que observa.

Comentário: É ato médico qualificar uma doença ou disfunção. Diagnóstico funcional é também um ato médico exclusivo.

1998. Segundo o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis, Editora Melhoramentos, São Paulo. (Figura 13)

Diagnose – Termo médico – Diagnóstico.

Diagnóstico – qualificação dada por um médico a uma enfermidade ou estado fisiológico, com base nos sinais que observa.

Comentário: É ato médico qualificar uma doença ou disfunção. Diagnóstico funcional é também um ato médico exclusivo.

1988-98. Segundo a Grande Enciclopédia Larousse Cultural e o Dicionário da Língua Portuguesa, Editora Universo, Círculo do Livro, São Paulo. (Figuras 14a e 14b)

Diagnose – em termos médicos, é o conhecimento das doenças pela observação dos sintomas.

Diagnosticar – 1. Fazer o diagnóstico de uma doença, identificá-la a partir de seus sintomas. 2. Identificar a natureza de um problema, detectar ou prever um mal pela interpretação de seus indícios. Os economistas diagnosticaram a crise.

Diagnóstico – (do grego *diagnostikos* - hábil em discriminar). 1. A arte de conhecer as doenças pelos seus sinais e sintomas. 2. Identificação da natureza de um problema, de uma dificuldade, de um mal etc, pela interpretação de seus indícios exteriores. 3. Conjunto de medidas e controles realizado para determinar ou verificar as características técnicas de um sistema, a fim de garantir a manutenção ou a melhoria das instalações (por ex., diagnóstico de um veículo, diagnóstico térmico de um prédio).

Diagnóstico – (do grego *diagnostikos* – capaz de discernir). 1. Conjunto de métodos que permitem ao médico determinar a natureza e etiologia de uma doença, com base nos

sinais, nos sintomas e nas investigações laboratoriais do paciente. 2. Identificação da natureza de um problema, de uma situação etc, pela interpretação de seus indícios exteriores.

Em termos médicos: O diagnóstico é o tempo do ato médico que permite determinar a natureza da doença observada e classificá-la num quadro nosológico. Distinguem-se o diagnóstico clínico, biológico diferencial e etiológico, que determina a causa da doença.

Comentário: É inquestionável a relação do termo diagnóstico com o ato médico, determinando a natureza da doença.

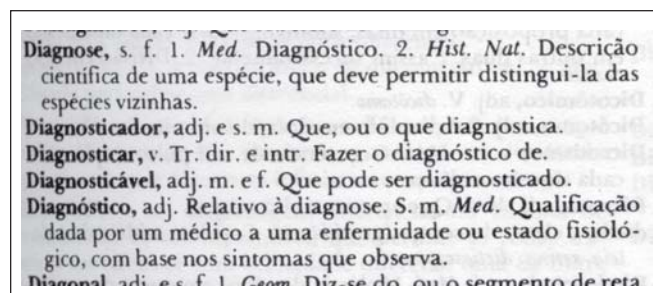


Figura 12. 1995

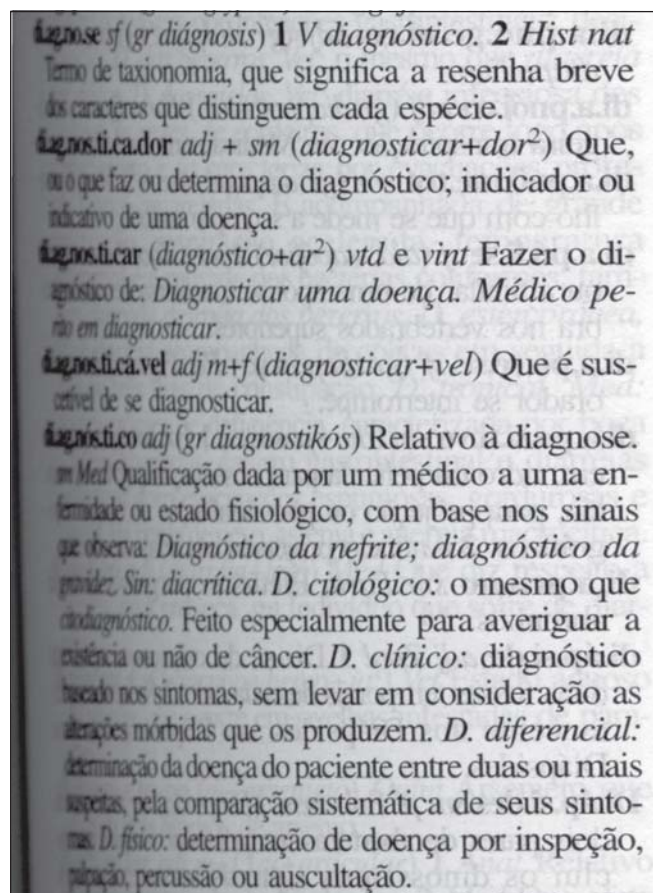


Figura 13. 1998

1999. Segundo Aurélio Buarque de Hollanda, em seu *Dicionário da Língua Portuguesa*, Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro. (Figura 15)

DIAGNOSE s.f. (Do gr. *diagnosis*, conhecimento.) **Biol.** Primeira descrição, publicada em língua latina e considerada como normativa, de uma nova espécie animal ou vegetal, feita conforme o tipo da espécie. — **Bot.** Descrição, geralmente abreviada, de uma família, gênero ou espécie. (A diagnose de grupos que estão sendo descritos pela primeira vez só será válida se for redigida em latim, com exceção das bactérias, que escapam desta determinação universalmente aceita.) — **Med.** Conhecimento das doenças pela observação dos sintomas. (Sin. DIAGNÓSTICO.)

DIAGNOSTICAR v.t. (Conj. 12) **1.** Fazer o diagnóstico de uma doença, identificá-la a partir de seus sintomas. — **2.** Identificar a natureza de um problema; detectar ou prever um mal pela interpretação de seus indícios: *Os economistas diagnosticaram a crise.*

DIAGNÓSTICO s.m. (Do gr. *diagnostikos*, hábil em discriminar.) **1.** A arte de conhecer as doenças pelos seus sinais e sintomas. (Sin. DIAGNOSE.) [→ *encicl.*] — **2.** Identificação da natureza de um problema, de uma dificuldade, de um mal, etc., pela interpretação de seus indícios exteriores. — **3.** Conjunto de medidas e controles realizado para determinar ou verificar as características técnicas de um sistema, a fim de garantir a manutenção ou a melhoria das instalações (p. ex., diagnóstico de um veículo, diagnóstico térmico de um prédio).

◆ adj. Relativo ao diagnóstico.

■ **ENCICL. Med.** O diagnóstico é o tempo do ato médico que permite determinar a natureza da doença observada e classificá-la num quadro nosológico. Distinguem-se o *diagnóstico clínico*, estabelecido pela conversa com o doente, seguida de exame físico completo; o *diagnóstico biológico*, baseado nos resultados de análises laboratoriais, exames radiográficos, etc.; o *diagnóstico diferencial*, que compara os sintomas e sinais da moléstia em estudo com os de outras afecções semelhantes, eliminadas por um processo de dedução, e o *diagnóstico etiológico*, que determina a causa da doença.)

Figura 14. 1988-98

Diagnóstico—conhecimento ou determinação duma doença pelo(s) sintoma(s), sinal ou sinais e/ou mediante exames diversos (radiológicos, laboratoriais etc); conjunto de dados em que se baseia essa determinação.

Comentário: Reconhece o termo diagnóstico, na área médica, como sendo relacionado à determinação de uma doença.

1999. Segundo a *Nova Enciclopédia Barsa*, *Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações*, Rio de Janeiro e São Paulo. (Figura 16)

diagnose. [Do gr. *diagnosis*.] **S. f.** **1.** *Med.* Diagnóstico¹ (2 e 3). **2.** *Hist. Nat.* Descrição minuciosa do animal e da planta, feita pelo seu classificador; ger. em latim. **3.** *Bot.* Descrição, em geral abreviada, de uma família, gênero ou espécie. [Se um desses grupos estiver sendo descrito pela primeira vez, a diagnose só será considerada como válida se for redigida em latim. Apenas as bactérias escapam a esta determinação, universalmente aceita.] **diagnosticador** (ô). [De *diagnosticar* + -dor.] **Adj.** **1.** Que diagnostica; indicador. * **S. m.** **2.** Aquele que sabe diagnosticar. **diagnosticar.** [De *diagnóstico*¹ + -ar².] **V. t. d.** **1.** Fazer o diagnóstico¹ (2) de: *Doença misteriosa, ninguém até agora a diagnosticou.* **2.** Dar ou estabelecer como diagnóstico: *"Frazão foi acometido de mal súbito. ... O médico diagnosticara enfarte."* (Nestor de Holanda, *Memórias do Cafê Nice*, p. 185.) [Conjug.: v. *trancar*. Pres. ind.: *diagnostico*, etc.; pret. imperf. ind.: *diagnosticava*, ... *diagnosticáveis*, *diagnosticavam*. Cf. *diagnosticáveis*, pl. de *diagnosticável*. Cf. *diagnóstico*.] **diagnosticável.** [De *diagnosticar* + -vel.] **Adj.** **2 g.** Que pode ser diagnosticado. [Pl.: *diagnosticáveis*. Cf. *diagnosticáveis*, do v. *diagnosticar*.] **diagnóstico**¹. [Do gr. *diagnostikós*.] **Adj.** **1.** Respeitante a diagnose. * **S. m.** **2.** Conhecimento ou determinação duma doença pelo(s) sintoma(s), sinal ou sinais e/ou mediante exames diversos (radiológicos, laboratoriais, etc.). **3.** O conjunto dos dados em que se baseia essa determinação. [Cf. *diagnostico*, do v. *diagnosticar*.] ◆ **Diagnóstico pré-implantação.** *Med.* Procedimento laboratorial em que se examinam uma ou duas células obtidas de embrião recente de oito células, produzido por fertilização *in vitro*, sendo apenas o embrião sem anomalias implantado, posteriormente, no útero materno. [Tal procedimento só deve ser indicado quando há acentuada probabilidade de grave anomalia genética, passível de causar morte prematura.] **diagnóstico**². **S. m.** *Inform. V.* teste-diagnóstico. [Cf. *diagnostico*, do v. *diagnosticar*.] **1.** *Zool.* *zoonosis* (99) *un-* *diagnosa* (10) *diagnosa* (1) *Adi.* **2 g.** **1.** Objeção, ineli-

Figura 15. 1999

Diagnóstico é detecção de processos patológicos de qualquer tipo, a partir da avaliação dos sintomas e sinais apresentados pelo paciente. Entende-se por sintoma toda alteração funcional do organismo percebida pelo próprio doente. Entre os sintomas mais habituais encontram-se a febre, a dor em todas as suas manifestações, a perda de apetite, dificuldades respiratórias e fadiga. Sinais são alterações do organismo que, embora em alguns casos também possam ser relatadas pelo paciente, devem ser detectadas e medidas experimentalmente pelo médico. São sinais os resultados da análise clínica de sangue, urina, fezes, líquido cefalorraquidiano etc.

Diagnóstico

O progresso da medicina depende do instrumental e das técnicas necessárias à avaliação da natureza de cada doença e à prescrição do tratamento adequado a cada caso. Assim, o emprego de exames especializados como radiografias, eletrocardiogramas e tomografias computadorizadas representaram avanços inestimáveis para o diagnóstico, tratamento e prevenção de numerosas doenças.

Chama-se diagnóstico a detecção de processos patológicos de qualquer tipo, a partir da avaliação dos sintomas e sinais apresentados pelo paciente. Entende-se por sintoma toda alteração funcional do organismo percebida pelo próprio doente. Entre os sintomas mais habituais encontram-se a febre, a dor em todas as suas manifestações, a perda de apetite, dificuldades respiratórias e fadiga. Sinais são alterações do organismo que, embora em alguns casos também possam ser relatadas pelo paciente, devem ser detectadas e medidas experimentalmente pelo médico. São sinais os resultados da análise clínica de sangue, urina, fezes, líquido cefalorraquidiano etc.

Tipos de diagnóstico. A enorme variedade de técnicas disponíveis para identificar as doenças não excluem o exame físico, praticado pelo médico mediante inspeção ocular, palpação, auscultação e percussão do corpo do doente, e o diagnóstico clínico, baseado apenas nos sintomas que o doente relata. Outra modalidade é o diagnóstico biológico, que se apóia no resultado de testes bioquímicos realizados em animais de laboratório. No diagnóstico por exclusão se realizam exames sucessivos que visam a descartar doenças cujos sintomas se assemelham. O diagnóstico pode ainda ser obtido mediante estudo comparativo de uma doença com outras afins, no método denominado diagnóstico diferencial.

Tipos de diagnóstico – A enorme variedade de técnicas disponíveis para identificar as doenças não excluem o exame físico, praticado pelo médico mediante inspeção ocular, palpação, auscultação e percussão do corpo do doente, e o diagnóstico clínico, baseado apenas nos sintomas que o paciente relata.

Comentário: Trata-se de uma clara definição, que relaciona as atividades diagnósticas que caracterizam a atividade médica.

2003. Segundo Antonio Houaiss, em seu Dicionário da Língua Portuguesa, Editora Objetiva, Rio de Janeiro. (Figura 17)

Diagnosticar – fazer diagnóstico de, distinguir doenças.

Diagnóstico – termo médico – fase do ato médico em que o profissional procura natureza e causa da afecção. Do adjetivo grego *diagnostikós*, capaz de distinguir, de discernir, da mesma origem de diagnose, da qual se torna sinônimo. Substantivada na locução grega *diagnostikê (tékhnê)*, “arte de distinguir doenças”; termo científico internacional identificado desde 1625.

Diagnóstico diferencial – fase em que o médico descarta possibilidade de afecções que apresentem sintomatologia comum com a doença apresentada pelo paciente.

diagnose *s.f.* (1789 cf. MS) **1** MED m.q. **DIAGNÓSTICO** **2** BIO descrição minuciosa que caracteriza uma espécie, feita ger. em latim pelo taxonomista • ETIM gr. *diagnosis* 'discernimento, ação e faculdade de discernir', der. do v.gr. *diagnōskō* 'distinguir', formado de *diá-* 'através' e *gignōskō* 'conhecer' (lat. *cognoscere* de mesmo signf.); t.cien. internacional e sin. erud. de *diagnóstico*; fr. *diagnose* (sXVII), ing. *diagnosis* (1681), al. *Diagnose* (sXVII-XVIII), it. *diagnosi* (sXVIII), esp. *diagnosis* (sXIX); ver *di(a)-* e *-gnose*

diagnosticabilidade *s.f.* qualidade de diagnosticável; possibilidade de ser diagnosticado • ETIM *diagnosticável* com suf. *-vel* sob a f. lat. *-bil(i)-* + *-dade*; ver *di(a)-* e *-gnose*

diagnosticador /ô/ *adj.s.m.* que ou aquele que diagnostica ou se especializou em diagnoses e diagnósticos • ETIM rad. do part. *diagnosticado* + *-or*; ver *di(a)-* e *-gnose*

diagnosticar *v.* (1881 cf. CA) **t.d.** fazer diagnóstico de • ETIM *'diagnóstico* + *-ar*, por infl. do fr. *diagnostiquer* (1832) 'distinguir doenças'; ver *di(a)-* e *-gnose* • PAR *diagnostico* (1ª p.s.) / *diagnóstico* (s.m.)

diagnosticável *adj.2g.* que se pode diagnosticar • ETIM *diagnosticar* + *-vel*; ver *di(a)-* e *-gnose*

'diagnóstico *adj.* (1713 cf. RB) **1** relativo a diagnose **2** BIO que é possível usar na distinção entre os diferentes táxons <espécie reconhecível pela coloração d.> • s.m. MED **3** fase do ato médico em que o profissional procura a natureza e a causa da afecção • **d. diferencial** MED fase em que o médico descarta a possibilidade de afecções que apresentem sintomatologia comum com a doença apresentada pelo paciente • ETIM fr. *diagnostic/diagnostique* (1759) 'id.', do adj. gr. *diagnostikós* 'capaz de distinguir, de discernir', de mesma orig. que *diagnose*, do qual se torna sin., substv. na loc. gr. *diagnostikê (tékhnê)* 'arte de distinguir doenças'; t.cien. internacional, cf. ing. *diagnostic* (1625), al. *Diagnostik/diagnostich* (sXVII-XVIII), it. *diagnostico* (sXVIII), esp. *diagnóstico* (1843); ver *di(a)-* e *-gnó(s)/tíco* • PAR *diagnostico* (fl.diagnosticar)

2diagnóstico *s.m.* (xxx) INF red. de **TESTE-DIAGNÓSTICO** • PAR VER *'diagnóstico*

Figura 16. 1999

Figura 17. 2003

Comentário: Na milenar origem grega significava ato ou capacidade de discernir, e nos últimos séculos vem sendo entendida como ato de determinar a causa dos sintomas, ou seja, a doença.

2004. Segundo alguns portais na Internet, temos:

18. Dicionário Enciclopédico VERBO - <http://enciclopediaverbo.clix.pt/>

1. **Diagnose** – nf (Med.) Conhecimento das doenças pela observação dos seus sintomas; diagnóstico.
2. **Diagnóstico** – adjetivo relativo à diagnose; conhecimento ou determinação de uma doença pela observação dos seus sintomas; conjunto dos sintomas em que se funda essa determinação.

19. Texto Editora Universal - <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx>

Diagnóstico - do Gr. *diagnostikós*, capaz de discernir, s. m., conhecimento ou determinação de uma doença pela observação dos sintomas; conjunto dos sintomas que servem de base a essa determinação; adj, relativo ao diagnóstico ou à diagnose.

20. Infopedia - Porto Editora - <http://www.infopedia.pt/>

Diagnóstico – substantivo masculino

Em Medicina: 1. determinação e conhecimento de uma doença pelo estudo dos seus sintomas e pela análise dos vários exames efetuados; 2. conjunto de elementos que permite determinar a existência de uma doença; 3. conhecimento de alguma coisa através de certos sinais. (Do gr. *diagnostikós*, «capaz de discernir»)

Diagnose – substantivo feminino

Em Medicina, conhecimento das doenças pela observação dos seus sintomas;

Em Biologia, descrição sucinta de um ser vivo, destacando características próprias da categoria sistemática a que ele pertence; (Do gr. *diagnosis*, discernimento; exame)

Etimologia do termo “Diagnóstico” - Comentários gerais e conclusão:

Etimologia é o estudo da origem, formação e evolução das palavras, de seu sentido e forma, numa determinada língua. Todos sabemos e (quase todos) aceitamos que o significado das palavras muda com o tempo e com o uso (ou desuso). **Diagnóstico** surgiu como discernimento, capacidade de decisão, e hoje significa, de forma nitidamente predominante, senão exclusiva, o ato médico de determinar a causa dos sintomas ou da doença.

A partir de sua origem, seja grega como no caso, ou de qualquer outra língua, muitos termos perderam seu significado primitivo e adotaram outros, diversos e até antagônicos.

Por exemplo, o termo **idiota** etimologicamente sig-

nifica “indivíduo que só ouve a si mesmo”, algo como “alguém que não ouve aos outros”, o que não chegava a ser uma grande ofensa. Seu sentido também foi de uma pessoa privada, em oposição a uma pessoa pública, e assim denominaram-se os leigos – seríamos todos idiotas em muitas questões, portanto. Marcio Bueno registra em sua recente obra “A origem curiosa das palavras” (Editora José Olympio, Rio de Janeiro, 2002) que em Portugal, por muito tempo foram chamados de “médicos idiotas” os práticos, não formados; e em várias aldeias existiram os “juizes idiotas”, dos quais só se exigiam bons costumes, experiência e moralidade. Com o tempo, passou-se a caracterizar como idiota os indivíduos que não eram letrados, ou os alheios a tudo, assumindo então uma clara carga depreciativa de tolo, ignorante, estúpido, pessoa que carece de inteligência ou discernimento.

Imbecil significava frágil, débil, e imbecilidade significava apenas fraqueza do corpo. Estendeu-se à fraqueza da razão, e firmou-se como sinônimo de idiota, tolo e estúpido.

Medíocre significava médio, mediano, moderado, nem grande nem pequeno, e havia o *mediocre malum*, doença não grave e o *mediocre animus*, espírito moderado. Entretanto, como o termo designava quem não se destacava, ou estava na média, acabou incorporando significados pejorativos como inexpressivo, banal, horrível, insignificante, pobre, ruim, comum, vulgar, ordinário, sem destaque, sem valor intelectual.

Ao contrário, existem palavras que já tiveram sentido intensamente chulo e depreciativo, e vão aos poucos sendo incorporadas na linguagem mais culta.

De qualquer modo, pretender se expressar fazendo alusão a um significado antigo ou arcaico de uma palavra pode causar enorme ruído na comunicação, por distorção ou perda do adequado significado. E a nenhum cidadão cabe questionar ou se opor à tendência das palavras serem definidas e re-definidas em seu sentido, de forma dinâmica e incontrolável. Assim, tal notável e espontânea evolução representa uma força histórica e popular que se auto-alimenta, recusando e dispensando discordâncias individuais.

Definitivamente, se os dicionários, obras onde estão coletados e comentados os sentidos aceitáveis das palavras, conforme cada momento histórico, adotam há séculos um entendimento de forma nitidamente dominante a respeito de uma determinada palavra, no caso “diagnóstico”, não há que se pretender modificar sua definição ou alargar sua abrangência.

Seria como, alegando adotar um sentido primitivo do termo, chamar alguém de idiota, e ingenuamente achar que não irá ofendê-lo, elogiar um colega com o termo medíocre ou denominar um paciente enfraquecido como sendo imbecil. Não há que se cometer tais erros, para evitar graves mal entendidos.

Assim, o termo diagnóstico, segundo o entendimento fartamente dominante por mais de 200 anos

nesses 20 dicionários da língua portuguesa, significa o ato do médico determinar a causa da doença a partir dos sinais e sintomas – e, definitivamente, não consta como sinônimo de avaliação.

Portanto, diagnosticar é tarefa, como discutiremos a seguir, óbvia e exclusivamente médica.

É corriqueira a alegação de que “todos fariam diagnóstico”, a partir do fato de que na língua portuguesa são empregadas expressões como o “diagnóstico” do mecânico, do economista, do cozinheiro; ou seja, qualquer indivíduo faria o diagnóstico de uma situação da qual entenda um pouco mais profundamente.

Há que se evitar tal sofisma. Os termos são habitualmente “tomados emprestados” e utilizados buscando expressar analogias. Estratégia é uma palavra de origem militar. Planejamento é de origem da área de administração. Economia e falência se originam da área econômica. Apesar de médicos traçarem *estratégias*, *planejarem* a terapêutica, avaliarem a *economia* do organismo e definirem uma *falência* múltipla dos órgãos, não pretendem ser estrategistas militares, nem definirem a economia monetária – a não ser quando nomeados ministros da fazenda...

Assim, por analogia, o termo diagnóstico pode e deve ser livremente empregado por todo cidadão que desejar declarar que foi “obtido um entendimento a respeito das causas de um problema qualquer”, comparado num determinado contexto a uma doença. Mas isso não significa assumir ser médico.

Assim, de fato todos podemos “emitir diagnóstico, preparar estratégias e planejar nossas vidas”, mas na área de saúde, após avaliarem indivíduos com sinais e sintomas, exclusivamente médicos (e odontólogos, em sua área específica) fazem diagnóstico, no sentido, seja estrito ou lato, da palavra, pois somente esses profissionais definem a doença-causa dos sinais e sintomas que afligem o paciente.

Para facilitar a compreensão do *sentido primário ou primeiro* de um termo, imaginemos que alguém aflito mencione “estar precisando de um diagnóstico”. Certamente, a primeira pergunta que irá receber será: “O que está sentindo?”; e a segunda será: “Quer que eu lhe indique um bom médico?”. De forma similar, se alguém clamar por uma estratégia, ouvirá a pergunta: É para uma guerra, luta ou jogo?

Assim caminham as palavras, mas há que se tomar muito cuidado para evitar manipulações escusas.

8. SOBRE UM “DIAGNÓSTICO FUNCIONAL”

A doença para ser percebida como tal precisa manifestar-se através de sinais e/ou sintomas. Ao médico cabe pesquisar não apenas uma “doença”, mas os determinantes ambientais, nutricionais, de hábitos em geral, que possam levar ao desequilíbrio ou à percepção de algum mal estar - o chamado “sintoma” - e não o que alguns, equivocadamente, pretendem denominar “diagnóstico funcional” ou algo

equivalente. Ser médico significa prever e prevenir, muito mais do que diagnosticar uma enfermidade e executar uma terapêutica - significa ser o responsável por todo esse processo - em todas as suas etapas.

Diagnosticar significa determinar a(s) causa(s) dos sinais ou sintomas apresentados, sejam de natureza orgânica evidente, nosológica, funcional, psíquica, nutricional, laborativa, ambiental, etc. Em grande parte dos casos tal sub-denominação é limitante e imprecisa, e carrega grande responsabilidade.

A ideologia que tenta restringir o médico ao “diagnóstico e terapêutica de doenças” surge extemporaneamente, pretendendo negar toda uma História milenar que tem demonstrado o médico numa atuação holística, ou seja, atento aos diversos aspectos da vida (humana), através de considerações e recursos clínicos, medicamentosos e/ou cirúrgicos, físicos e/ou psíquicos, individuais e/ou socio-ambientais. Assim, o médico participa, coordena e é o responsável pela conduta de prevenção e da reabilitação, pois, se conhece a “enfermidade”, é (ou deveria ser) o que mais sabe a respeito de como executar ou encaminhar a profilaxia e a reabilitação.

As diversas leis que regulamentam as profissões da área de saúde não contemplam nem expressam o termo “diagnóstico”, privativa de médicos e odontólogos, estes em sua área anatômica. Excetuando o psicológico, em que a lei agride o vernáculo ao pretender uma sinonímia inexistente entre “diagnóstico” e “avaliação”, **não existe diagnóstico fisioterápico, fonoaudiológico, nutricional ou de enfermagem**. Assim, nenhuma das profissões para-médicas auxiliares e complementares (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia ou nutrição, por ex.) podem realizar “diagnóstico”, simplesmente porque suas respectivas leis não lhes concedem esse termo.

Se isto fosse possível, os pacientes iriam se confundir entre ter um diagnóstico médico (o “verdadeiro”) ou de outra profissão (o “falso”). Os leigos iriam achar que o fato de obter um diagnóstico seria suficiente (não importa de quem), e não assimilariam a complexidade de ter “vários diagnósticos” - ou de que um diagnóstico “nosológico”(termo obscuro) seja fundamental, essencial ou necessário.

De forma autônoma ou distante da Medicina (e Odontologia), não existe diagnóstico funcional, pois estrutura e função são indivisíveis, e é papel do médico incluir em seu diagnóstico, se for o caso, considerações sobre os aspectos funcionais. Exemplificamos no caso do olho (com a visão), do aparelho fonador (com a fala, voz, respiração e deglutição), do aparelho locomotor (com o movimento), do cérebro (com o pensamento e emoções) e assim poderíamos avançar por muitas, senão todas as especialidades médicas.

Profissionais como fisioterapeutas e fonoaudiólogos podem realizar avaliação fisiológica ou funcional, que consiste na identificação do rendimento de uma estrutura ou

função somática, e avaliam prejuízos funcionais específicos de sua área de atuação.

Já diagnosticar defeitos do desenvolvimento e seqüelas que existem como conseqüências de traumas ou da ação de outros agentes patogênicos capazes de determinar lise estrutural ou prejuízo funcional é função estritamente médica.

Em sendo tal absurdo conceito de um diagnóstico funcional feito por não-médicos, passivamente aceito como verdadeiro, teríamos que os para-médicos, caso as entidades autárquicas que os normatizam e fiscalizam resolvessem, iriam atuar de forma autônoma e independente (e não auxiliar e complementar, como deveriam) no diagnóstico e na indicação terapêutica de tudo que for “disfunção” ou “desvio de função”, ou “alteração de rendimento de uma função” de uma “estrutura ou função somática”, portanto, identificando e investigando sinais e sintomas - entenda-se, de enfermidades e doenças de qualquer parte do corpo.

Em assim agindo, estar-se-ia sugerindo (s.m.j.) que não-médicos poderiam emitir diagnóstico sobre:

1. Função cardíaca e vascular. Não-médicos estariam realizando e dando laudos e indicando terapêuticas a partir de anamnese, exames clínicos, ECG, Eco, Prova de esforço, Cateterismo, etc., pois “tudo é apenas funcional”. Função de circulação, de bombeamento, de condução elétrica, vascularização, de fluxo, de irrigação, denomine-se como quiser. Na verdade, cardiologistas, cirurgiões vasculares e angiologistas fazem diagnóstico nosológico e/ou funcional – ambos, num só.

Por exemplo, em prevalecendo tal falta de bom senso, enfermeiros e fisioterapeutas e “terapeutas doutores pesquisadores” em geral fariam diagnóstico da função cardíaca e vascular, bastando que seus conselhos declarem “extensão de seu campo de atuação” nesse sentido.

2. Função renal, urinária, reprodutiva e sexual. Não-médicos estariam realizando e dando laudo e indicando terapêuticas a partir de anamnese, exames clínicos, laboratoriais, de imagem, etc, pois “tudo é apenas funcional”. Função de circulação, excreção, filtragem, condução, ereção e mais, de gestação e amamentação. Na verdade, nefrologistas, urologistas, gineco-obstetras e mastologistas fazem diagnóstico nosológico e/ou funcional – ambos, num só.

Por exemplo, em prevalecendo tal falta de bom senso, enfermeiros de diálise (e também biólogos e biomédicos, e “terapeutas doutores pesquisadores” em geral) fariam diagnóstico da função renal, bastando que seus conselhos declarem “extensão de seu campo de atuação” nesse sentido. E os enfermeiros obstetras estariam pretendendo assumir todas as etapas do parto sem a participação de médicos (vide casas de parto em grandes centros urbanos).

3. Função neuro-psíquica. Não-médicos estariam realizando e dando laudo e indicando terapêuticas a partir de anamnese, exames clínicos, eletromiografia, polissonografia, exames laboratoriais, de imagem, etc. - de toda e qualquer parte do sistema nervoso – pois tudo “é apenas funcional”: função cerebral, cerebelar, reflexa, nervosa central e periférica, de transmissão e recepção. Na verdade, neurologistas, neurofisiologistas e psiquiatras fazem diagnóstico nosológico e/ou funcional - ambos, num só. Por exemplo, em prevalecendo tal falta de bom senso, psicólogos e enfermeiros de psiquiatria, fisioterapeutas e “terapeutas doutores pesquisadores” em geral fariam diagnóstico da função mental e neurológica, bastando que seus conselhos declarem “extensão de seu campo de atuação” nesse sentido.

4. Função endócrina e imunológica. Não-médicos estariam realizando e dando laudo e indicando terapêuticas a partir de anamnese e exames clínicos, laboratoriais, por ex., de toda e qualquer glândula – pois “tudo é apenas funcional”: função hormonal, imunológica, de circulação, regulação, excreção. Na verdade, endocrinologistas e alergo-imunologistas fazem diagnóstico nosológico e/ou funcional - ambos, num só.

Por exemplo, em prevalecendo tal falta de bom senso, nutricionistas e “terapeutas doutores pesquisadores” em geral fariam diagnóstico da função endócrina, bastando que seus conselhos declarem “extensão de seu campo de atuação” nesse sentido.

5. Função ósseo-muscular-ligamentar. Não-médicos estariam realizando e dando laudo e indicando terapêuticas a partir de anamnese e exames clínicos, laboratoriais, radiológicos etc., de todo esse sistema, pois “tudo é apenas funcional”: função de contração, alongamento, movimento. O ortopedista, o fisiatra e o reumatologista fazem diagnóstico nosológico e/ou funcional - ambos, num só. Por exemplo, em prevalecendo tal falta de bom senso, fisioterapeutas e “terapeutas doutores pesquisadores” em geral fariam diagnóstico da função ósseo-muscular-ligamentar, bastando que seus conselhos declarem “extensão de seu campo de atuação” nesse sentido.

6. Função labiríntica (audição e equilíbrio) e naso-faringo-laríngea (respiratória, fonatória, de esfíncter e de deglutição). Não-médicos estariam realizando e dando laudo e indicando terapêuticas a partir de anamnese e exames clínicos, laboratoriais, endoscópicos, etc., de toda e qualquer função de ouvidos, nariz e garganta, pois “tudo é apenas funcional”: função de audição, equilíbrio, voz, fala, deglutição, respiração alta. Na verdade, otorrinolaringologistas, foniatrás e cirurgiões cérvico-faciais fazem diagnóstico nosológico e/ou funcional – ambos num só.

Por exemplo, em prevalecendo tal falta de bom senso,

fisioterapeutas e fonoaudiólogos e “terapeutas doutores pesquisadores” em geral fariam diagnóstico da função do aparelho fonador, vestibular e auditivo, bastando que seus conselhos declarem “extensão de seu campo de atuação” nesse sentido.

7. Função respiratória e digestiva. Não-médicos estariam realizando e dando laudo e indicando terapêuticas a partir de anamnese e exames clínicos, laboratoriais, endoscópicos, etc., de toda e qualquer função do aparelho digestivo e respiratório, pois tudo “é apenas funcional”: função de troca de gases, de digestão, de eliminação, de excreção, função hepática (insuficiência hepática), pancreática (diabetes). Na verdade, gastroenterologistas, clínicos, hepatologistas, pneumologistas e endoscopistas fazem diagnóstico nosológico e/ou funcional – ambos, num só.

Por ex, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros e fonoaudiólogos e “terapeutas doutores pesquisadores” em geral fariam diagnóstico da função do aparelho digestivo (e seus anexos) e respiratório, bastando que seus conselhos declarem “extensão de seu campo de atuação” nesse sentido.

8. Função ocular. Não-médicos estariam realizando e dando laudo e indicando terapêuticas a partir de anamnese e exames clínicos, laboratoriais, etc., de toda e qualquer função do aparelho ocular – pois tudo “é apenas funcional”: função de visão, acomodação, etc. Na verdade, oftalmologistas fazem diagnóstico nosológico e/ou funcional – ambos, num só.

Por ex, ortópticos, optometristas e “terapeutas doutores pesquisadores” em geral fariam diagnóstico da função do aparelho ocular, bastando que seus conselhos declarem “extensão de seu campo de atuação” nesse sentido.

E assim poderíamos percorrer as fronteiras de quase todas as especialidades médicas...

9. SINAIS, SINTOMAS E SUA CORRELAÇÃO

Vieira Romeiro, em sua clássica obra *Semiologia Médica* (Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro), cuja 1ª Edição data de 1919 e alcançou a 11ª e última Edição em 1968, conceitua que **Semiologia é o estudo dos métodos de exame clínico. Perquire os sintomas e os sinais da doença, discute o mecanismo e o valor deles, coordena e sistematiza todos os elementos para construir o diagnóstico e deduzir o prognóstico.**

Sintoma é a sensação *subjetiva* acusada pelo doente, como a dor, a ansiedade, o mal estar, as alucinações, a sensação vertiginosa, etc. É um fenômeno só por ele sentido e que o médico, ordinariamente, não percebe, nem lhe é fácil comprovar, porque somente revelado pela anamnese ou

interrogatório. Os *sintomas subjetivos* são descobertos pela anamnese e constituem os males de que os doentes se queixam, e os *sintomas objetivos* são observados diretamente pelo médico.

Sinal é manifestação *objetiva* da doença, manifestação física ou química, diretamente observada pelo médico ou por ele provocada, como a tosse, as alterações da cor da pele, os ruídos anormais do coração (sopros, etc.), as convulsões, a albuminúria, a glicosúria, o sinal de Babinski, de Kernig, etc.

Todavia, para os médicos anglo-saxões, sinais são as manifestações *objetivas ou físicas* das doenças e, sintomas, as desordens ou sensações *subjetivas*, recolhidas pelo interrogatório.

Às vezes os dois elementos – o subjetivo e o objetivo – associam-se no mesmo fato. Por exemplo: na dispnéia ou respiração difícil. Aí, com efeito, encontram-se o elemento subjetivo, que é a sensação de falta de ar acusada pelo doente, e o elemento objetivo que é a frequência dos atos respiratórios e a atitude mantida pelo doente, observadas pelo médico.

Síndrome é um conjunto de sinais e sintomas, que se apresentam para definir uma entidade mórbida, a qual, entretanto, pode ser produzida por causas mui diversas; síndrome de estenose do piloro, de irritação meningéia, de insuficiência hepática etc.

Diagnóstico – Com os dados recolhidos no exame clínico e no laboratório e, depois de julgá-los, coordená-los e sistematizá-los, firma-se o diagnóstico. É este o eixo em torno do qual gira todo o problema clínico. Identifica-se inicialmente um *diagnóstico nominal ou nosológico*, que se baseia no aspecto clínico do caso em observação; assenta na roupagem clínica dele. É óbvio que, para à isto chegar-se, ter-se-á que considerar o conjunto de elementos subjetivos e objetivos que o doente apresenta. Tal diagnóstico nosológico torna-se *completo* quando assenta no triplice critério: a) anatômico, b) funcional, c) etiológico.

O anatômico (diagnóstico anatômico) especifica o estado somático do órgão comprometido, determina a sede e o tipo das lesões anatômicas;

O funcional (diagnóstico funcional) indica o estado funcional do órgão alcançado pela doença. Diante de um doente de cirrose hepática, de estenose mitral, de tumor de pâncreas (diagnósticos nosológicos e anatômicos) temos que indagar como se encontram as funções da célula hepática, qual o valor funcional do coração, do pâncreas.

O etiológico (diagnóstico etiológico) consiste na determinação da causa do processo mórbido, coisa de suma importância não só para presumir o prognóstico, como, também, para orientar a terapêutica.

Em resumo, um diagnóstico “completo” seria aquele, ao mesmo tempo, nominal ou nosológico, anatômico, funcional e etiológico.

Sintoma é tudo que se refere ou relaciona a uma doença. Sintoma subjetivo representa algo que somente o paciente percebe ou sente (dor, alucinação, frio, por ex) e o examinador não constata por si só. Sintoma objetivo é a queixa do paciente que outros podem constatar e atestar, dependendo da natureza do problema ou do momento (vômitos, edema, calafrios, por ex.).

Sinal significa algo que o examinador percebe e o paciente pode ou não perceber. Em geral é algo que o paciente não se queixa – não lhe incomoda ou não assinala como relevante. Se houver queixa a respeito torna-se um sintoma objetivo, além de sinal. Portanto, um sinal pode ou não ser descrito pelo paciente também como queixa (por ex., tumor, mancha, cor).

Ou seja, sintomas subjetivos nunca representam um sinal. Um sintoma objetivo pode ser um sinal. Nem todo sinal é um sintoma objetivo, pois pode ou não ter sido percebido pelo paciente. E alguns sinais conquanto entendidos pelo paciente como sintomas subjetivos, dependem do conhecimento médico, de exames complementares e de uma adequada correlação, para serem de fato classificados como sinais.

Citamos textualmente o entendimento de Celmo Celeno Porto, na 3ª edição de sua obra *Semiologia Médica* (Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1997), seguido de comentários:

Sintoma é uma sensação subjetiva anormal sentida pelo paciente e não visualizada pelo examinador. Exemplos: dor, má digestão, tontura, náusea, dormência. **Sinal** é um dado objetivo que pode ser notado pelo examinador pela inspeção, palpação, percussão, ausculta, ou evidenciado através de meios subsidiários. Exemplos: tosse, vômito, edema, cianose, presença de sangue na urina. **Síndrome** é o conjunto de sinais e/ou sintomas que ocorrem associadamente e que podem ser determinados por diferentes causas. **Entidade clínica** significa uma doença cuja história está reconhecida em todo ou em parte e cujas características lhe dão individualidade nosológica.

(...) pela observação cuidadosa dos enfermos, muitas doenças tornaram-se conhecidas por seus sinais e sintomas, e por sua evolução antes que se conhecessem suas causas. (...) surgiu, dessa maneira, a possibilidade do diagnóstico (do grego *diagnosis*, ato de discernir), ou seja, de reconhecer uma dada enfermidade por suas manifestações clínicas, bem como de prever a sua evolução, isto é, estabelecer o prognóstico.

Comentário: Ou seja, há que se estabelecer uma relação entre os sinais e/ou os sintomas, conhecer sua evolução, para estabelecer o prognóstico, que, em última análise se concluirá por uma nítida relação entre causas e efeitos, que poderão ser previsíveis, inclusive. E diagnóstico funcional é ato médico.

(...) o reconhecimento de uma doença com base na anamnese e no exame físico constitui o diagnóstico clínico,

nem sempre factível sem o auxílio de outros métodos semióticos.

Comentário: E é o médico quem detém, com exclusividade, as prerrogativas para fazê-lo.

(...) muitas doenças cursam com um conjunto de sinais e sintomas configurando o que se denomina de síndrome (do grego *syndromos*, que correm juntos). O reconhecimento de uma síndrome constitui o diagnóstico sindrômico, o que é muito útil na prática médica, pois, mesmo não identificando a doença, reduz o número de possibilidades e orienta as investigações que devem ser realizadas.

Comentário: E é o médico quem detém, com exclusividade, o conhecimento necessário e as prerrogativas legais para fazê-lo, já que é meio para o diagnóstico etiológico.

Conforme salienta Harrison, síndrome é um grupo de sintomas e sinais indicativos de distúrbio funcional, e relacionados entre si por uma particularidade anatômica, física ou bioquímica.

Comentário: portanto, não-médicos não devem ser incentivados nem autorizados a realizarem um diagnóstico, mesmo que funcional.

(...) os distúrbios de cada sistema orgânico são redutíveis a um número relativamente pequeno de síndromes. O diagnóstico é muito facilitado quando um determinado problema clínico se enquadra em uma síndrome bem definida, porque algumas poucas doenças terão que ser consideradas no diagnóstico diferencial. Ao contrário, a pesquisa da causa de uma doença que não se enquadra em uma síndrome é muito mais difícil, pois pode haver necessidade de considerar um número muito grande de doenças.

Comentário: O diagnóstico sindrômico é meio para o diagnóstico etiológico e não um fim em si, sendo também um ato médico não passível de ser compartilhado.

(...) determinadas doenças produzem modificações anatômicas que podem ser encontradas no exame macroscópico dos órgãos, permitindo o diagnóstico anatômico. Paralelamente ao diagnóstico anatômico coloca-se o diagnóstico funcional, que traduz o distúrbio da função do órgão atingido pela enfermidade.

Comentário: Somente o médico pode estabelecer o diagnóstico funcional, já que, também é meio e não fim para o diagnóstico etiológico. Fora da análise médica da função não existe tal tipo de diagnóstico, e o que é descrito como diagnóstico funcional pelos não médicos, nada mais é do que uma descrição de eventuais sinais e/ou sintomas isolados, sendo o uso desta expressão, nestes casos, um equívoco

lingüístico conceitual, que transgride o real significado da palavra diagnóstico, na área da saúde.

(...) à Medicina empírica sucedeu a Era da Medicina científica, cujo início pode situar-se no século XIX. Os grandes progressos alcançados desde então vieram permitir outras formas de diagnóstico. A descoberta dos microrganismos por Pasteur, o melhor conhecimento dos processos bioquímicos e metabólicos, a descoberta dos hormônios e das vitaminas, o desenvolvimento da Imunologia, entre outras conquistas, ensinaram a identificação das causas de muitas doenças, o que tornou possível o diagnóstico etiológico. Ao mesmo tempo, o uso do microscópio no estudo das lesões permitiu o diagnóstico histopatológico. O exame a um só tempo macro e microscópico de peças cirúrgicas englobando os diagnósticos anatômico e histopatológico, constitui o diagnóstico anatomopatológico.

Comentário: o diagnóstico anatomopatológico também significa um meio de diagnóstico, uma forma sistematizada de estabelecer relação de causa e efeito. Porque pretender-seia reduzir o diagnóstico em Medicina ao diagnóstico etiológico, quando tudo se resume, em última análise, ao estabelecimento de relações de causa e efeito na saúde, sendo o médico o único profissional a possuir técnica e legalmente habilitação e competência para fazê-lo na área da saúde? Portanto, não há sentido em pretender conceder tal prerrogativa de "diagnóstico funcional", erroneamente denominada fora da profissão médica, a quem não possui previsão legal para tal.

(...) a utilização rotineira dos raios x como auxiliar quase obrigatório do diagnóstico, fez nascer o diagnóstico radiológico. Cada método novo de exame que vai sendo introduzido na prática médica conduz às novas formas de diagnóstico, e fala-se hoje, correntemente em diagnóstico laboratorial, sorológico, eletrocardiográfico, endoscópico, ultrasonográfico e assim por diante.

Comentário: Tais métodos na realidade seriam formas de auxiliar a diagnosticar, e não de diagnóstico em si, já que são meios para se chegar a um fim que é o estabelecimento da relação de causa e efeito.

(...) quando era ainda empírico e sintomático o tratamento das doenças, a importância do diagnóstico era bem menor do que nos dias atuais, em que se dispõe de procedimentos terapêuticos específicos para a maioria das enfermidades. Tornou-se necessário um diagnóstico exato, ou diagnóstico de certeza. O caminho a percorrer para chegar ao diagnóstico de certeza pode ser breve ou longo, na dependência da complexidade de cada caso. Quando se procede a um exame clínico do paciente, levantam-se hipóteses diagnósticas que devem ser afastadas ou confirmadas após a realização de exames complementares tais como os exames

radiológicos, endoscópicos, bioquímicos, biópsia e outros. De posse de todos esses elementos que podem auxiliar no raciocínio, clínico, efetua-se o diagnóstico diferencial, que consiste na análise comparativa das várias enfermidades.

(...) o diagnóstico diferencial deve levar em conta as enfermidades prováveis em cada caso e não todas as possíveis causas de um ou mais sintomas apresentados pelo paciente. Chega-se assim ao diagnóstico mais provável ou, mesmo, ao diagnóstico de certeza. Quando o paciente apresenta mais de uma condição mórbida, considera-se como diagnóstico principal o referente mais importante das afecções e como diagnósticos secundários os demais.

10. MEDICINA E OUTRAS PROFISSÕES

É evidente que, em termos históricos, técnicos, anatômicos, fisiopatológicos e terapêuticos, para indivíduos com sinais e sintomas, a Medicina significa o todo e as profissões auxiliares e complementares representam partes.

E, tecnicamente, as conclusões diagnósticas (ato médico) e as deliberações sobre conduta terapêutica (ato médico) repercutem sempre em todas as demais profissões da área de saúde (que prestam auxílio ao diagnóstico e complemento à terapêutica).

Por oportuna, revejamos a definição de Medicina na Edição de 1999 da Enciclopédia Barsa:

Entendida como meio de cuidar da saúde, a Medicina existe desde o aparecimento do ser humano, mas como ciência e tecnologia seu surgimento é muito recente e indissociável dos tempos modernos. Medicina é o conjunto de ciências e técnicas que têm por objetivo prevenir, atenuar e curar doenças. Tem como pontos de partida a anatomia e a fisiologia do homem e, em sua prática específica, abrange a etiologia, a patologia, o diagnóstico, o prognóstico, a terapêutica, a profilaxia, a deontologia médica e outros setores correlatos. À medida que se multiplicaram os recursos para examinar e tratar as diversas partes do corpo ou as diferentes situações do organismo humano ao longo da vida, surgiram as especialidades médicas, cada vez mais numerosas.

E isto se acopla com o que encontramos no verbete “fala” da mesma Enciclopédia:

A Foniatria é a especialidade médica que objetiva o estudo, o diagnóstico e o tratamento de problemas de comunicação de causas orgânicas, funcionais e emocionais. É muitas vezes confundida com a fonoaudiologia, atividade não-médica de avaliação da linguagem e aplicação de exercícios necessários ao tratamento dos distúrbios não apenas da fala, mas da comunicação em todas as suas manifestações – voz, fala, linguagem, escrita, leitura e cálculos aritméticos. Desenvolveu-se como resultado da conjunção da Pedagogia, da Neurologia e da Foniatria.

Em cooperação com o trabalho do fonoatetra, o fonoaudiólogo pode também exercer atividades vinculadas às técnicas psicomotoras (...)

A Medicina, conforme imemorial senso comum e exemplos de jurisprudência a seguir transcritos, se define como a profissão que tem, entre outras, a prerrogativa exclusiva de emitir diagnósticos de enfermidades e propor tratamentos. E, assim sendo, se um cidadão não médico agir nesse campo estará praticando exercício ilegal da profissão médica, o que tem sido de certa forma pregado e normatizado por conselhos federais e regionais aos profissionais terapeutas em geral, conforme veremos a seguir.

11. ASPECTOS LEGAIS E JURÍDICOS

Código Penal – Exercício ilegal da Medicina

O Código Penal Brasileiro dispõe de um capítulo específico (*capítulo III, do título VIII*), voltado a coibir atos que atentem contra a saúde pública.

Dentre as condutas passíveis de reprimenda, segundo aquele conjunto legislativo, acha-se o exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica. A respeito estabelece o código:

“art. 282- Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

Parágrafo único - Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também multa.”

Também a prática do charlatanismo é objeto de repressão pelo mesmo código :

“Art. 283 - Inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível.

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa”.

Na mesma linha de defesa da saúde pública, observa-se o código penal impondo a sanção legal à prática do curandeirismo:

“Art. 284 - Exercer o curandeirismo:

I - prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância;

II - usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;

III - fazendo diagnósticos.

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

Parágrafo único - Se o crime é praticado mediante remuneração, o agente fica também sujeito à multa.

Por oportuno, ressalte-se o Artigo 286, que veda estimular-se crimes, como a prática ilegal da Medicina:

Incitação ao crime

Art. 286 - Incitar, publicamente, a prática de crime:

Pena - detenção, de 3 (três) a 6 (seis) meses, ou multa.

Alega-se de modo esparso e sem conteúdo jurisprudencial que a Medicina careceria de uma Lei que a bem defina. Haveria uma lacuna que estaria dificultando a regulação das relações com os não-médicos e favorecendo invasões de áreas de competência do médico – o diagnóstico e a indicação terapêutica.

Contrariando essa tese, temos:

Lei de Introdução ao Código Civil - Decreto-Lei 4657 de 4/9/42:

Art. 4º - Quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito.

Art. 5º - Na aplicação da lei, o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum.

Consolidação das Leis do Trabalho CLT - Decreto-Lei 5452/43:

Art. 8º As autoridades administrativas e a Justiça do Trabalho, na falta de disposições legais ou contratuais, decidirão, conforme o caso, pela jurisprudência, por analogia, por equidade e outros princípios e normas gerais de direito, principalmente do direito de trabalho, e, ainda, de acordo com os usos e costumes, o direito comparado, mas sempre de maneira que nenhum interesse de classe ou particular prevaleça sobre o interesse público.

Código de Processo Civil, Lei 5869/73:

Art. 126 - O juiz não se exime de sentenciar ou despachar alegando lacuna ou obscuridade da lei. No julgamento da lide caber-lhe-á aplicar as normas legais; não as havendo, recorrerá à analogia, aos costumes e aos princípios gerais de direito.

Art. 335 - Em falta de normas jurídicas particulares, o juiz aplicará as regras de experiência comum subministradas pela observação do que ordinariamente acontece e ainda as regras da experiência técnica, ressalvado, quanto a esta, o exame pericial.

Art. 458 - São requisitos essenciais da sentença:

I - o relatório, que conterá os nomes das partes, a summa do pedido e da resposta do réu, bem como o registro das principais ocorrências havidas no andamento do processo;

II - os fundamentos, em que o juiz analisará as questões de fato e de direito;

III - o dispositivo, em que o juiz resolverá as questões, que as partes lhe submeterem.

Analogia. Do grego analogía, pelo lat. analogia. Jurídico: Operação lógica mediante a qual se suprem as omissões da lei, aplicando à apreciação de uma dada relação jurídica as normas de direito objetivo disciplinadoras de casos semelhantes.

Sobre as Lacunas da Lei

Anderson Sant'Ana Pedra, em sua obra "Os Fins Sociais da Norma e os Princípios Gerais de Direito", divulgado no Jus Navigandi (Teresina, n. 62, fev. 2003), relata que houve época em que, na falta de disposição legal aplicável ao caso concreto, o juiz abstinha-se de julgar. Hoje, entretanto, tal solução não mais se admite, a fim de se evitarem conflitos individuais pendentes, sem pronunciamento definitivo. Quando a lei for lacunosa, deverá o juiz amparar-se nos costumes, na analogia e nos princípios gerais de direito.

Ao integrar o direito positivo, preenchendo as lacunas da lei, o juiz cria o direito, mas tal criação é sempre limitada aos casos de omissão da lei. Portanto, havendo lei expressa para ser aplicada ao caso concreto, a missão do juiz se resume a interpretá-la e aplicá-la. Porém, se um determinado caso sucede na prática, e não foi previsto pelo legislador, surge o problema da lacuna da lei.

Para Karl Engisch, conforme citado na pág. 223 de sua obra "Introdução ao Pensamento Jurídico" (Editora Calouste Gulbenkian, 1996), a lacuna é "incompletude insatisfatória no seio de um todo jurídico". Para Engisch, é distinguir o preenchimento das lacunas propriamente dito, da retificação de incorreções do ordenamento jurídico. Enquanto a lacuna é preenchida pela integração jurídica, a incorreção é afastada pela correção da lei.

Para Karl Larenz, em sua obra "Metodologia da Ciência do Direito" (Editora Calouste Gulbenkian, 1989), por outro lado, é bastante difícil desvendar o que seja, realmente, uma lacuna da lei ou mesmo se esta existe. Diz ele que o "silêncio eloqüente" da lei não deve ser confundido com possíveis lacunas. E exemplifica: se um dispositivo legal enumera, taxativamente, causas determinantes de uma incapacidade, está, silenciosa, mas eloqüentemente, afirmando que ninguém pode ser considerado incapaz com base em outras causas não discriminadas naquela norma. Ademais, afirma Larenz, se a expressão "lacuna" insinua um estado incompleto, nem por isso iremos exigir da lei a regulamentação de atitudes que não chegam a merecê-la. É o que se denomina "espaço jurídico livre", apoiado pelo próprio Engisch.

A dificuldade da interpretação é selecionar, mediante o emprego dos vários processos interpretativos, a melhor entre as várias soluções que a norma comporta, sem esquecer que a escolha deverá ocorrer sobre o prisma da utilidade social e da justiça, sendo que esta é histórico-social e objetiva por estar na consciência jurídica da sociedade.

Realmente, a forma pela qual fulano ou sicrano deve abotoar a casaca ou comportar-se à mesa não poderá, evidentemente, merecer a atenção da lei, bem como a vida interior, o foro íntimo de cada um.

Afinal, é a ordem jurídica passível da existência de lacunas? Eis um tema que apaixona os tratadistas e confunde os iniciados. As inúmeras teorias a respeito podem ser assim resumidas:

- afirmação da existência de lacunas na ordem jurídica;
- afirmação da negativa de tal existência, no sentido de que tudo o que não é regulado é permitido;
- desconhecimento do problema, com a justificativa de que as lacunas são inconcebíveis, e que o ordenamento jurídico não é completo nem incompleto, devendo-se falar em casos dúbios, jamais em lacunas;
- existência de lacunas no sistema legislativo, não no sistema jurídico em geral.

É preciso distinguir a ordem jurídica abstrata da ordem jurídica concreta.

Aquela vem a ser o ordenamento jurídico total, com abrangência da lei, costumes, elaboração jurisprudencial, direito comum e direito romano. Esta é formada pela reunião das leis. A primeira, evidentemente, não é passível de lacunas, pois, além das leis, abrange o próprio espírito destas; mas a segunda é realmente sujeita a lacunas, pois o legislador não pode prever todas as hipóteses que florescem na multifária vida social. Lacunas da lei não significam lacunas do Direito, e André Franco Montoro (Introdução à Ciência do Direito, Livraria Martins, v. 2, p. 134) diz: "Podem existir lacunas na lei, mas isto não ocorre com o ordenamento jurídico, já que este possui outras fontes, além dos textos legais, e por isso fornece ao aplicador do direito elementos para solucionar todos os casos".

Quando determinado texto legal omitir determinada situação jurídica que seja objeto da lide, o juiz, que não pode deixar de sentenciar, terá sua tarefa reduzida à interpretação quando houver norma legal ou costumeira aplicável ao caso; caso contrário, deverá integrar a norma, recorrendo à analogia e aos princípios gerais do direito.

Seria grave confundir, o que soe acontecer, fundamento legal com fundamento jurídico. Aquele refere-se à previsão expressa de um caso na norma jurídica, o que nem sempre ocorre, por falha do legislador. Este refere-se à possibilidade de recorrer a outros meios de ordenamento jurídico que não a norma jurídica, a fim de enquadrar o caso que, embora não previsto, não discrepa da ordem jurídica como um todo.

A exegese do Poder Judiciário tem sido clara e insofismável, e o fundamento jurídico do Ato Médico, ou seja, das prerrogativas exclusivas do médico, estão mais que bem estabelecidas na representativa jurisprudência acumulada em nosso País, conforme adiante transcrito.

Nove manifestações do Poder Judiciário servem de exemplo:

1.º julgado:

Refere-se ao processo que tramitou junto ao Supremo Tribunal Federal, a partir de Representação 1.056-2 DF, e foi julgada pelo Tribunal Pleno do STF em 4 de maio de

1983. Do corpo do acórdão proferido merecem destaque:

a) Relatório e Voto do Ministro Relator Décio Miranda, acolhendo e adotando, por sua adequada fundamentação, o parecer da Procuradoria-Geral da República, que, na parte substancial, transcreve:

“Ultrapassada a clássica divisão tricotômica – Direito, Medicina e Engenharia, que por tantos anos perdurou, a complexidade crescente da vida social, de par com a distensão das faixas da população a que se tornou acessível a Universidade, acarretam a especificação, ora por cissiparidade, ora por meio de criação original, de novas profissões de nível superior. Reconhecido um novo ramo de ensino universitário, ou é um segmento que se destaca da área profissional antes reconhecida e regulamentada, ou corresponde a necessidade nova do mercado de trabalho, surgida do próprio desenvolvimento das ciências e das artes. A cada novo segmento do ensino universitário surgem apelos ao legislador para fixar regras do exercício da profissão correspondente. Autorizada a capacitação, torna-se possível a correlata reserva de espaço profissional.

(...) tais terapeutas são profissionais de nível superior, diz a lei, e, realmente, seu aprendizado compreende os fundamentos científicos dos correspondentes **ramos da Medicina**, não apenas os aspectos materiais de sua aplicação. **Não lhes cabe, porém, diagnosticar as causas ou a natureza das deficiências orgânicas ou psíquicas dos pacientes, nem indicar os tratamentos. Sua função é apenas a de executar os métodos e técnicas prescritas pelo médico.** Tal separação de atribuições, ao que se supõe, enobrece a profissão médica, aliviando-a das práticas mais rotineiras. Corresponde à evolução da Medicina para o plano exclusivamente científico, longo caminho iniciado com Hipócrates, que a separou da filosofia e pregou a utilidade da observação. (...) **A esses especialistas médicos corresponderá a tarefa, mais exigente e complexa, do diagnóstico, da prescrição dos tratamentos e, bem assim, da avaliação dos resultados; não a da execução material das técnicas e métodos prescritos, reservados às novas profissões.** (...) tais profissionais melhor reúnem as condições de capacidade para executar (não para prescrever) métodos ou técnicas de tratamento. (...) **os médicos são dedicados à função de prescrever métodos e técnicas de tratamento.”**

b) Voto do Ministro Néri da Silveira: (...) não cabe assim desempenhar atividades ou funções que a lei **confere ao médico** no que concerne aos **diagnósticos e determinação da doença e a prescrição do tratamento ou terapia.**

c) Voto do Ministro Cordeiro Guerra: (...) fiquei impressionado com o parecer da Consultoria Jurídica do Ministério do Trabalho (...) vou ao ponto conclusivo, onde se diz poder ser afastada a inconstitucionalidade, adotando-se como solução o seguinte: **o médico faz o diagnós-**

tico, indica o tratamento e, se achar conveniente, executa o tratamento ou acompanha sua execução, dá alta, etc.; o terapeuta executa o tratamento. (...) as enfermeiras de nível superior não impedem que os médicos as orientem. E se o médico quiser ser enfermeiro, que o seja. Mas acho que nenhum médico quer ser enfermeiro.

d) Voto do Ministro Djaci Falcão: (...) tenho como constitucionais os preceitos, sem que isso importe na exclusão do amplo direito dos **médicos, que têm habilitação mais ampla e mais completa, podendo diagnosticar os males, indicar tratamento específico e até supervisionar a tarefa a cargo do terapeuta.**

e) Voto do Ministro Rafael Meyer: (...) Os pressupostos e valores que estão em jogo no preceito constitucional garantidor da liberdade de profissão é que confluem na conveniência, senão na necessidade de que a lei defina o conteúdo e delimite o campo de atuação de profissões (...) o perfil de uma nova profissão, ainda que ela se destaque e se desdobre de profissões precedentemente reguladas, criando um conjunto autônomo e específico de atividades laborativas, tal como está acontecendo no campo da Medicina, donde vêm ultimamente se desprendendo **profissões para-médicas ou auxiliares** (...).

f) Voto do Ministro Moreira Alves (Voto Vencedor no STF): (...) **o diagnóstico da doença, a prescrição do método ou técnica de cura, a supervisão da aplicação desses métodos ou técnicas – que não se confunde com a simples execução deles – e a alta do paciente estão a cargo, não dos terapeutas, mas de quem tem a capacidade que estes não possuem, os médicos.** (...)

Medicina como profissão não é ciência pura mas, ao contrário, arte, e, portanto, aplicação de conhecimento científico na prática. E nessa aplicação, **quem tem a capacidade para diagnosticar a doença, escolher o tratamento adequado, supervisioná-lo e dar alta**, tem de ter, obviamente a capacidade para executar esse tratamento, que é insito à profissão médica (...). **O terapeuta executante é mero auxiliar de quem tem a responsabilidade do tratamento como um todo, e esta é do médico.** E não tem sentido que quem tenha capacidade técnica para exercitar o mais, não possa realizar o menos. (...) O que, na realidade, está ocorrendo em nossos dias, em áreas como a da Medicina, não é apenas a especialização em certos campos, pois a especialização é um *plus* em face do conhecimento geral necessário que será aprofundado por ela num dos setores desse conhecimento, mas também – o que é diverso – a **criação de cursos mais restritos e de menor duração**, para formação de profissionais, dentro de um dos ramos do saber, de **limites mais restritos**, e por isso mesmo **dependentes dos de formação integral**; essa segunda tendência não visa a especializar, porque não cria um *plus*, mas visa a permi-

tir o exercício das certas práticas restritas daquele terreno mais amplo, sem porém, excluir dele quem tenha a formação profissional integral (...).

Na saúde humana, o inter-relacionamento orgânico do corpo humano o caracteriza como um todo, indivisível. **Somente o médico tem formação para diagnosticar, avaliar, prognosticar, prescrever, programar, dosar e até executar toda e qualquer técnica que vise ao bem estar e recuperação da saúde humana.**

Profissões como as de terapeutas (...) **a lei restringe, no terreno médico, à execução de métodos e técnicas prescritas pelo profissional de formação completa, que é o médico** (...) este profissional de formação completa que é o responsável pelo todo indivisível, que é a saúde do paciente, e que, apenas, **é auxiliado por tais profissionais de capacidade mais restrita.**

O parecer do Consultor Jurídico do Ministério do Trabalho foi de lavra do Dr. Pedro Luiz Ferronato e já foi parcialmente reproduzido quando do voto do relator Ministro Décio Miranda. Daquele parecer merece destaque, ainda, o seguinte conteúdo: “(...) temos a convicção de que, sem ilegalidade ou inconstitucionalidade, seria possível uma conciliação de interesses, adotando-se como solução o seguinte: o médico faz o diagnóstico, indica (e, se achar conveniente, executa) o tratamento, acompanha a sua execução, prescreve, supervisiona, dá alta, etc.; o terapeuta executa o tratamento.”

**Decisão proferida pelo STF :
(...) com a interpretação constante do voto do
Ministro Moreira Alves.**

2º Julgado:

Medida cautelar movida pelo CFM contra o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN pleiteando o deferimento de liminar a fim de que fosse suspensa a Resolução COFEN – 197, de 19/03/1997, que reconheceu a acupuntura, entre outras terapias alternativas, como especialidade e/ou qualificação dos enfermeiros. Concedida a liminar pelo Juízo Federal da 9ª Vara/DF. O CFM sustenta, em síntese, lesão à saúde e à segurança públicas, “porque inúmeros profissionais não médicos, sem a devida habilitação legal, estão praticando atos médicos sem que haja a correta fiscalização, e sobretudo, sem qualquer embasamento científico”.

Decisão: (...) conforme se extrai da petição de suspensão protocolizada naquele Tribunal Regional, o COFEN reconhece que somente ao médico compete “indicar e prescrever o uso de acupuntura como meio de auxílio no tratamento dos sintomas de diversas doenças e quanto a isso não se opõe”.

(Superior Tribunal de Justiça, Petição nº 1.681 – DF (2002/0043584-2), Requerente: Conselho Federal de Medicina; Requerido: Juiz Presidente do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, Brasília, 19 de abril de 2002., Ministro Nilson Naves, Presidente)

3º Julgado:

Proferido pelo Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região, afirma que “é preciso ser médico regularmente inscrito no Conselho Profissional de Medicina para a prática da acupuntura”, que “a habilidade técnica do profissional sempre foi condição sine qua non para ter reconhecido seu direito de atuação na área. Atualmente, a acupuntura é caracterizada como especialidade médica, providência que só vem a fortalecer o entendimento de que sua prática deve permanecer restrita àqueles devidamente habilitados para tanto, preservando-se, assim, a saúde e segurança dos objetivos”

(Acórdão do TRF da 4ª Região, em 13 de agosto de 2002, nos autos do agravo de instrumento Nº 1999.04.01.138411-2, desembargadora federal, Maria de Fátima Freitas Labarrère, relatora)

4.º julgado:

Proferido pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região, que confirmou a **jurisprudência já pacificada** no sentido de que o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional não estão habilitados a fazer diagnóstico e indicar o tratamento, mas apenas a executar os métodos e técnicas indicadas pelos médicos. Este julgado resulta de ação intentada pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região em face do Estado do Rio Grande do Sul, objetivando ver declarada a desnecessidade de contratação de médicos fisiatras, traumatologistas ou ortopedistas como condição de funcionamento de clínicas de fisioterapia, conforme exigência da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Em primeiro grau o Conselho referido obteve êxito, mas a sentença restou reformada pelo TRF da 4ª Região.

No acórdão proferido por este tribunal o Juiz Relator esclareceu que o **diagnóstico de incapacidades físicas e mentais e a indicação do tratamento adequado estão reservados aos médicos que, por formação, estão habilitados à constatação de moléstias e à indicação dos respectivos tratamentos.**

Segundo ainda o Relator, é bem acentuada a distinção entre médicos e fisioterapeutas, pois, enquanto os médicos estudam o corpo humano como um todo, anatômica e fisiologicamente e, por isso, podem receitar remédios e indicar tratamentos, os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais estão preparados para executar os métodos e técnicas indicadas pelos médicos especializados, de acordo com a área afetada que necessita de recuperação física ou mental.

(Acórdão do TRF da 4ª Região, proferido na Apelação Cível nº 97.04.39507-8/RS, Relator: Desembargador Federal Carlos Eduardo Thompson Flores Lenz, 3a. Turma, publicado no DJ de 25.6.2003).

5.º Julgado:

Proferido por juízo de primeiro grau da Justiça Federal, que denegou segurança pleiteada pelo Conselho Federal de Farmácia, onde se discutia a legalidade da Resolução CFM nº 1.473/97.

Segundo os fundamentos da sentença, não existe autorização legal para a realização de exames citopatológicos pelos farmacêuticos.

Ao confirmar a legalidade da Resolução CFM nº 1.473/97, o Juiz Paulo Gonçalves de Oliveira Filho concluiu que “o ato praticado pelo Conselho Federal de Medicina tem o objetivo de proteger a sociedade”, pois se o “profissional farmacêutico não é graduado para atuar na realização de exames, estes, evidentemente, **não devem trazer segurança para o médico diagnosticar**, razão pela qual também está se preservando a saúde das pessoas que recorrem aos farmacêuticos para solucionar problemas de saúde.”

(Sentença proferida no Mandado de Segurança nº 20005001002225-5, da 2ª Vara da Justiça Federal da Seção Judiciária do Espírito Santo, publicada no DJ de 25.6.2003.)

6º Julgado:

Liminar obtida pela **Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia** em ação movida contra o Conselho Federal de Fonoaudiologia, junto ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região de Brasília, no sentido de suspender os efeitos de três Resoluções emitidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (Resoluções CFFa nos. 259/2000; 260/2000 e 246/2001).

Isso significa um reconhecimento preliminar da Justiça (aguarda-se o julgamento do mérito) de que fonoaudiólogos, conforme determina a Lei 6965/81, que rege sua profissão, não podem pedir exames, emitir diagnósticos ou indicar tratamentos (ou próteses auditivas), entre outras pretensões ilegais do referido Conselho.

A Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia está movendo desde agosto de 2003 junto a Seção Judiciária Federal de Brasília, uma Ação Declaratória de Nulidade contra o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) visando obter a anulação das referidas Resoluções (os primeiros alvos, dentre outros), por entender que as mesmas permitiam a prática por profissionais fonoaudiólogos de atos que são de exclusiva competência dos médicos otorrinolaringologistas, colocando em risco a saúde da população.

Entendeu a Relatora Desembargadora Federal Maria do Carmo Cardoso em sua decisão que as referidas resoluções vão de encontro ao texto da Lei nº 6.965/81 (regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo), em que não há previsão para que estes profissionais solicitem exames complementares, firmem diagnósticos, indiquem procedimentos ou estabeleçam tratamento de doenças, enfermidades, síndromes ou disfunções. Justifica que:

“No tocante à verossimilhança das alegações, entendendo estar configurada, tendo em vista não haver previsão legal (Lei nº 6.965/81) para a realização dos referidos procedimentos pelos profissionais fonoaudiólogos. Resta evidente, por fim, o requisito constante do inciso I, do art. 273, do CPC, pois os pacientes que se submeterem aos procedimentos realizados pelos profissionais fonoaudiólogos poderiam sofrer prejuízos ante a inabilitação dos mesmos. Diante do exposto, defiro o pedido de efeito

suspensivo ativo para suspender os efeitos das Resoluções CFFa 259/2000, CFFa 260/2000 e CFFa 246/2000 do Conselho Regional de Fonoaudiologia, até julgamento deste recurso pela Turma”.

(Poder Judiciário, Tribunal Regional Federal da 1ª Região – Agravo de Instrumento N. 2003.01.00.030000-6/DF, em 29/9/2003)

7º Julgado:

Trata-se de mandato de segurança impetrado pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, objetivando a suspensão dos efeitos de artigos da Resolução Nº 271/2002 do Conselho Federal de Enfermagem, que tentam regulamentar o ato de prescrição por parte do enfermeiro. A Lei que regula a profissão prevê somente que o enfermeiro, sendo integrante da equipe de saúde, auxilie na distribuição de medicamentos contra doenças comuns em determinadas regiões carentes.

Não obstante a ausência de legislação específica, regulando as funções que incumbem aos médicos, quicá em razão de norma costumeira, já incorporada ao pensamento social, é notório que as funções de prescrever medicamentos, requisitar exames e realizar diagnósticos são tarefas exclusivas desses profissionais da saúde.

A Resolução COFEN Nº 271/2002 ultrapassa as atribuições elencadas no art. 11 da Lei 7.498/86. Violação de direito líquido e certo constatado

(Poder Judiciário, Seção Judiciária do Distrito Federal, 3ª Vara Federal, Processo 2002.34.00.036024-8 DF, julgado em 24/11/03)

8º Julgado:

Em processo movido pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Colégio Médico de Acupuntura contra o Conselho Federal de Fisioterapia COFFITO, visando anular a Resolução Nº 219/2000, que normatiza sobre a prática de Acupuntura por fisioterapeutas, entende o relator Desembargador Federal Antônio Ezequiel: “Insurge-se o agravante contra decisão que indeferiu antecipação de tutela que visava a suspender os efeitos da Resolução COFFITO nº 219/2000. Sustenta que **a prática de acupuntura, por ser ato médico cirúrgico e invasivo**, somente pode ser exercida por profissional habilitado, no caso, o médico. Aduz que o próprio COFFITO, em seu Código de Ética Profissional, proíbe a realização de ato cirúrgico pelos fisioterapeutas, não podendo, assim, autorizar o exercício da atividade em tela, que é classificada como ato invasivo-cirúrgico. Assevera que existem dois projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, o primeiro deles (nº 2.782/00), dispondo sobre a regulamentação da profissão, amplia as atribuições originalmente dispostas na Lei nº 983/69, sem, contudo, inserir aquelas relativas à realização de diagnóstico ou ato invasivo. O outro (nº 3.499/00), busca permitir o uso da acupuntura no tratamento fisioterápico, **o que demonstra que não estão os fisioterapeutas, atualmente, autorizados a tanto**, razão pela qual requer a antecipação da pretensão recursal.

Isso posto, confiro relevância jurídica à pretensão da agravante, que sustenta que a prática de acupuntura, por ser ato médico cirúrgico e invasivo, somente pode ser exercida por profissional habilitado, no caso, o médico. (...) no sentido de constituir a acupuntura especialidade médica, não podendo (...) ser disciplinada por Resolução de Conselhos Profissionais, sob pena de infringência ao princípio da legalidade. Daí por que concedo a antecipação de tutela”.

(Acórdão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, proferido no Agravo de Instrumento Nº 2002.01.00.026027-0/DF referente ao Processo 200134000329766. Relator: Desembargador Federal Antônio Ezequiel, publicado no DJ de 28.05.2004).

9.º Julgado (vários):

A partir de 2001 as Associações de Oftalmologia (Conselho Brasileiro - CBO, Sociedade Brasileira – SBO e sociedades estaduais) têm obtido repetidas vitórias judiciais proibindo a atuação de casas de óptica em atividades claramente definidas como exclusivas de médicos oftalmologistas. Foram apontadas empresas que comercializam lentes de grau sem a previsão médico-oftalmológica, promovendo ainda publicidade em desacordo com as normas que regem sua atividade e, por fim, exercendo atos privativos da Medicina. Várias empresas tiveram aparelhos de uso médico apreendidos, receberam multas e forma obrigadas a interromper tais atividades ilegais. Por lei, as casas de óptica não podem exercer a Medicina e não podem ter aparelhos de uso exclusivo de médicos. A indicação e a adaptação de lentes de contato é um ato médico exclusivo e juizes e desembargadores têm definido que “fornecer receitas de óculos e de lentes de contato corretivas, terapêuticas ou cosméticas, com ou sem grau, é ato exclusivo de médico”. Noutro momento, declaram que “ficou evidenciado que a óptica procedia a troca de óculos por lentes sem a devida receita médica, constituindo o ato numa grave ameaça à saúde pública. Várias testemunhas foram ouvidas e afirmaram ter passado por problemas decorrentes desta prática. Sem desprezar seu conhecimento, ao técnico em ótica cabe tão somente a manipulação ou confecção de lentes consoante prescrição médica”.

Comentário: Em contraste com a prática ainda vigente em nosso país, recomenda-se considerar a analogia com a comercialização de próteses auditivas. As empresas e seus funcionários, fonoaudiólogos ou não, não têm autonomia para examinar um paciente com queixas de hipoacusia, solicitar e realizar audiometria sem uma determinação médica, e muito menos prescrever a protetização. A realização de exame audiométrico é oferecida habitual e gratuitamente (ou não) por tais empresas, de forma ilegal, pois deve haver consulta médica que inclua anamnese e exame físico, hipótese diagnóstica e solicitação formal do exame audiométrico para que ele possa ser realizado, e levado à conclusão médica. Fonoaudiólogos, conforme reza a lei, atuam em equipes de

diagnóstico, e não podem realizar exame audiométrico cuja realização não tenha sido determinada por médico, nem concluem indicação terapêutica.

12. COMENTÁRIOS A PARTIR DO ENTENDIMENTO DO JUDICIÁRIO

Exemplificando, se um médico conclui que se trata de um tumor, de uma infecção ou de uma disfunção, será a sua decisão, se aceita pelo paciente, que deverá ser seguida, seja realizando uma cirurgia, prescrevendo um antibiótico ou encaminhando, por exemplo, para terapia de voz.

Em tese, de outra forma, se o conhecimento médico indicar que uma determinada enfermidade deva ser tratada por medicamentos, por estar comprovado que seus benefícios para o paciente são superiores ao de outras técnicas ou terapias, assim deverá ser feito pelos médicos, sendo-lhes vedado adotar condutas outras, que significariam “não buscar oferecer o melhor a seu paciente”, violando norma do código de ética médica.

Há que se expor a inconsistência da argumentação de não-médicos, tentando fazer crer que as normas dos conselhos que regem sua atuação profissional os tornam figuras intocáveis, na forma de uma medicina independente e autônoma, à parte da “Medicina oficial” que não deveria se imiscuir com tais profissões. **Pelo contrário, há que se frisar o fato de que tais profissões são, no caso de pacientes que apresentem sinais e sintomas, tecnicamente indissociáveis da Medicina e carecem, portanto, de diagnóstico prévio e definição de conduta pelo médico.**

A auto-proclamada “autonomia e independência” se resume a questões administrativas e de controle ético-profissional, mas de forma alguma subsistem na relação com o paciente, na qual o diagnóstico e a indicação médica são indelegáveis à atuação dos para-médicos.

Portanto, nada pode ser mais natural e inevitável do que determinações sobre médicos repercutirem sobre quaisquer outros profissionais para-médicos, e não há como pretender que a prática do ofício de profissional não médico da área de saúde não sofra constantes repercussões da Medicina, em sua plenitude institucional e prática clínico-hospitalar diária.

E, registre-se, a recíproca pode ser verdadeira, e novas técnicas e métodos de terapia, desenvolvidos pelos profissionais não médicos devem ser consideradas pelo médico na avaliação de resultados e podem influenciar na decisão terapêutica. Portanto, em se constatando que os efeitos de uma prática não intervencionista sejam superiores aos de medicamentos ou cirurgias, e considerando as particularidades de cada caso, o médico deverá rever sua conduta.

Em comparando, se um médico determina que uma injeção deva ser aplicada “na veia”, o enfermeiro deverá cumprir esta prescrição e escolher a veia em que seja aplicada, conforme os limites de sua autonomia. Se o médico determinar expressamente que tal medicamento deva ser

aplicado na veia basílica (braço) à direita, assim deverá ser feito, e assume-se uma restrição técnica à autonomia do profissional enfermeiro.

A disfonia espástica, enfermidade neurológica que atinge voz e a fala, foi anteriormente entendida como distúrbio psíquico, e muitos pacientes foram submetidos à psicoterapia, fonoterapia e medicamentos psicotrópicos. Hoje sabe-se que a aplicação periódica (a cada 3 meses) de toxina botulínica através do pescoço, diretamente no músculo da prega vocal resolve de forma muito satisfatória tais casos, e pode ser complementada com terapia vocal. Com isso, por decisão médica, as anteriores técnicas e métodos deixaram de ser a conduta adequada ou inicial para tais casos, e ficaram relegados a segundo plano.

Assim, pode-se perguntar se de fato houve repercussão sobre os psico ou fonoterapeutas, e também sobre os próprios médicos, interferindo em sua prática? Resposta: Sim, e isso é correto, necessário e inevitável, e se tivesse que ser sustentado por uma Resolução, assim deveria sê-lo, e o Conselho de Medicina, órgão normatizador e fiscalizador, estaria orientando os médicos a que “o tratamento ideal para disfonia espástica é a aplicação de toxina botulínica” – e estes teriam respaldo técnico (e ético-profissional) para passarem a não mais indicar ou priorizar a terapia vocal nesses casos. Haveria repercussão sobre os fonoaudiólogos? Claro que sim, e os que não se curvassem a essa indicação médica deveriam ser levados a rever sua posição como terapeutas auxiliares e complementares.

Outro exemplo pode ser demonstrado na hiperhidrose palmar, disfunção caracterizada pela sudorese excessiva nas palmas das mãos, anteriormente assumida como distúrbio psicossomático e abordada em termos dermatológicos, psiquiátricos e psicológicos. Hoje, compreendida como um distúrbio sudo-motor idiopático do sistema nervoso simpático, seus casos mais intensos vem sendo submetidos à simpatectomia torácica bilateral através de vídeo-toroscopia. Assim, avançou o entendimento diagnóstico, mudou a indicação terapêutica, sob definição e responsabilidade médica.

Essas e outras tantas possíveis situações clínicas levam ao encontro, frisamos, do óbvio: cabe ao médico, de forma exclusiva e inequívoca, assumir a responsabilidade pelo diagnóstico e pela conduta terapêutica.

Portanto, o exercício da Medicina tecnicamente restringe, determina, comanda e se sobrepõe à atividade de profissionais, só para citar algumas profissões, de Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Nutrição.

Assim, os Conselhos de algumas dessas profissões, contrariam as respectivas leis e, por vezes, a vocação e as expectativas de grande parte dos próprios profissionais de saúde, ao defenderem um suposto direito de serem porta de entrada do sistema de saúde.

No caso de pacientes com sinais e sintomas, ou seja, que procuram um serviço de saúde (hospital, clínica, ambulatório ou consultório) com queixas a respeito de sua saúde,

há que se considerar lógico e tecnicamente obrigatório que, **antes de sofrer qualquer intervenção terapêutica**, sejam avaliados por um médico (ou um odontólogo, em sua área anatômica) que deverá definir e, mais importante, se responsabilizar pelo diagnóstico (solicitando ou não exames complementares) e pela indicação do tratamento.

Frisamos que, para pacientes, definidos como indivíduos com sinais e sintomas, a única porta de entrada é o profissional médico, (ou o odontólogo, em seu campo específico) responsável exclusivo pelo diagnóstico. Tal norma não impede que medidas iniciais sejam tomadas por qualquer cidadão minimamente informado, no sentido de cuidar, por exemplo, de uma vítima de acidente, e muito menos veda que pais, familiares ou profissionais de saúde atuem em situações de emergência e no alívio sintomático, não havendo porque, nesses casos, imaginar uma acusação por exercício ilegal de Medicina.

Pelo contrário, sem restrições, cabe a todos os profissionais de saúde, cada um em seu campo, abordar as questões sanitárias, preventivas, nutricionais, ambientais e de hábitos de vida, orientando a população no sentido da redução da ocorrência de enfermidades, identificando pré-disposições, casos iniciais e auxiliando o diagnóstico precoce – a ser definido pelo médico.

Da mesma forma, indivíduos sem queixas podem desejar aperfeiçoarem-se em termos de voz, fala, linguagem, flexibilidade, alimentação, etc., e devem ter acesso livre e direto à avaliação fonoaudiológica, fisioterápica e nutricional, mas devem ser orientados, se já não o fizeram, a obterem uma avaliação médica, que possa tentar garantir, dentro dos limites técnicos possíveis, a existência ou não de enfermidades. Exemplo corriqueiro dessa lógica prática é a obrigatoriedade de apresentação de atestado médico para iniciar prática esportiva sob orientação, em clubes e academias de ginástica que, longe de submeter os professores de educação física a constrangimento ou invasão de seu campo de trabalho, lhes resguarda e fornece segurança técnica e jurídica para intervirem livremente. E, o mais importante, evita expor o cidadão a riscos.

À Enfermagem, profissão de nível superior, cabe atender às prescrições médicas, executando as técnicas próprias da profissão para atingir os objetivos determinados pelo médico. Frise-se que se este determinar que a medicação deverá ser aplicada na veia, assim deverá ser feito, em qualquer veia que o enfermeiro julgar aplicável, mas se o médico determinar que seja aplicada numa veia da perna direita, assim deverá ser feito; e se determinar que o banho deva ser no leito, assim deverá ser aplicado, seguindo as técnicas ao alcance ou domínio do enfermeiro.

Inevitável tentar arriscar um diagnóstico no campo otorrinolaringológico: existe um intenso “distúrbio funcional de comunicação”. A Medicina em nada invade as profissões para-médicas, e, pelo contrário, participou da criação de várias delas – e as prestigia, respeita e valoriza.

Em verdade, esclarecer médicos, para-médicos e a população sobre quais sejam as prerrogativas de cada profissão significa colaborar para uma melhor delimitação legal dos campos de trabalho e estimula os diversos profissionais a cumprir com eficiência seu papel e bem se relacionar com os demais agentes.

Vale citar a existência do IBMR – Instituto Brasileiro de **Medicina de Reabilitação**, que oferece cursos de Fonoaudiologia e de Fisioterapia no Rio de Janeiro, mas não de Medicina. Atribui-se a utilização do termo Medicina ao fato de que representa o “todo da área de saúde”, o que talvez venha a confundir alguns desses profissionais, que poderiam se julgar “médicos de reabilitação”, ou “médicos de audição e/ou da voz”.

Portanto, de forma relevante, frise-se, os fonoaudiólogos, além de atuarem na prevenção, auxiliam o médico no diagnóstico, realizando alguns exames que avaliam a audição e a voz, e complementam a terapêutica, realizando a reabilitação, entre outras, do deficiente auditivo e do disfônico.

Consiste em função médica exclusiva solicitar exames ou indicar procedimentos, concluir diagnóstico e prescrever tratamento – medicamentos, cirurgias e terapias.

Realizar determinados exames e procedimentos, sob indicação médica, pode ser atribuição de muitos profissionais de saúde.

Esta organização do sistema de atendimento à saúde garante níveis de responsabilidade e protege os pacientes e os próprios profissionais de eventuais situações de extrapolação de funções que sejam praticadas sem base técnica ou legal, conforme debateremos a seguir.

13. ANALISANDO A LEI QUE REGE UMA PROFISSÃO PARAMÉDICA

Tais conceitos de atribuições, competências, limites e restrições são facilmente reforçados na atenta leitura de cada lei de paramédicos – como, por exemplo, a Lei Federal 6.965/81, que regula a Fonoaudiologia – e parecem olvidadas pelos respectivos Conselhos, que para proteger ou ampliar as prerrogativas dos profissionais aos quais têm atribuição de fiscalizar, em algumas oportunidades ultrapassam os limites normativos, reconhecendo em favor destes profissionais, prerrogativas que a lei não lhes conferiu.

Assim, a Lei 6.965/81 estabelece:

Art 1º - É reconhecido em todo território nacional o exercício da profissão de fonoaudiólogo, observados os preceitos da presente Lei.

Parágrafo Único - Fonoaudiólogo é o profissional com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz.

CAPÍTULO II - DO CAMPO E DA ATIVIDADE PROFISSIONAL

Art. 3º **É da competência do Fonoaudiólogo** e de profissionais habilitados na forma da legislação específica:

- a) **desenvolver trabalho de prevenção** no que se refere à área de comunicação escrita e oral, voz e audição;
- b) **participar de equipes de diagnóstico**, realizando a **avaliação** da comunicação oral e escrita, voz e audição;
- c) **realizar terapia fonoaudiológica** dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;
- d) realizar o **aperfeiçoamento dos padrões** da voz e fala;
- e) **colaborar em assuntos fonoaudiológicos** ligados a outras ciências;
- f) **projetar, dirigir ou efetuar pesquisas fonoaudiológicas** promovidas por entidades públicas, privadas, autárquicas e mistas;
- g) **lecionar teoria e prática fonoaudiológicas**;
- h) **dirigir serviços de fonoaudiologia** em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;
- i) **supervisionar** profissionais e alunos em **trabalhos teóricos e práticos de Fonoaudiologia**;
- j) **assessorar** órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, privados ou mistos **no campo da Fonoaudiologia**;
- l) **participar da Equipe de Orientação e Planejamento Escolar**, inserindo aspectos preventivos **ligados a assuntos fonoaudiológicos**;
- m) **dar parecer fonoaudiológico**, na área de comunicação oral e escrita, voz e audição;
- n) realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo.

Parágrafo único. Ao Fonoaudiólogo é permitido, ainda, o exercício de atividades vinculadas às técnicas psicomotoras, quando destinadas à correção de distúrbios auditivos ou de linguagem, efetivamente realizado.

Comentário: Como pode ser verificado, não há neste diploma legal que regulamenta a profissão de fonoaudiólogo, menção à **atribuição ou competência** para solicitar exames complementares, firmar diagnósticos, indicar procedimentos (mesmo a terapia) ou estabelecer tratamento de doenças, enfermidades, síndromes ou disfunções. Acentue-se que a Lei 6965/81 é omissa em relação a tais questões, logo, todo Juízo há de reconhecer, acompanhando universal Jurisprudência, que não é da competência do fonoaudiólogo nada além do que a referida lei lhe concede.

A “prática” da Lei da Fonoaudiologia:

A divulgação do CRFa da 4ª Região (Nordeste) para o dia do fonoaudiólogo de 2001 dizia “*Você não precisa ser um artista para se expressar bem. Basta estar sempre bem assistido por um profissional que avalia, previne, habilita e reabilita os distúrbios da comunicação oral e escrita, voz e audição. Nossos aplausos para quem faz da arte de*

se comunicar, uma ciência. 9 de dezembro, Dia do fonoaudiólogo” E afirma que a campanha, feita por cartazes e adesivos, “comunica e revela o que é a nossa atribuição”.

Comentário: Informação relativamente precisa, mas omite o fato de que não realizam diagnóstico, pois não determinam a causa dos sinais ou sintomas, nem definem enfermidades. Leva à população um conceito de que quem tenha problemas (subentende-se: sinais ou sintomas) deva procurar um fonoaudiólogo.

O mesmo CRFa da 4ª Região, ao divulgar na página 8 de seu Informativo nº 7, o “TRT (Tinnitus Retraining Therapy): nova perspectiva no tratamento para o zumbido”, informa que “O tratamento se inicia com uma anamnese detalhada. Após a constatação de que o indivíduo apresenta zumbido invalidante, propomos que a TRT seja realizada com gerador de ruído, prótese clássica ou ainda próteses em combinação com gerador de ruído. O tipo de zumbido e a associação ou não de outras patologias, como, por exemplo, deficiência auditiva e/ou hipoacusia irão determinar o tipo de aparelho a ser usado na terapia”.

Comentário: Pretende-se indicar tratamento, saltando da anamnese à indicação de aparelho, sem passar por avaliação médica. Confunde-se sintomas (deficiência auditiva ou hipoacusia) com o que seja uma patologia. Fonoaudiólogos, por lei, participam da equipe de diagnóstico, mas não são os responsáveis pelo mesmo e não determinam a causa dos sinais ou sintomas, não definem enfermidades nem indicam tratamentos. Realizam terapia desde que indicada, podendo (e devendo) opinar e sugerir quais sejam, a seu ver, os melhores métodos e técnicas para atingir os objetivos propostos pelo médico assistente, que avalia seus resultados, ouvindo o terapeuta, e define a alta.

O Conselho Regional de Fonoaudiologia da 1ª Região argumenta que “Tratar da audição é diferente de tratar do ouvido. Tratar o ouvido é da competência do médico, na especialidade de otorrinolaringologia. Tratar a audição, por sua vez, é da competência do fonoaudiólogo e significa avaliar os distúrbios auditivos e dimensionar os tipos de perdas auditivas, suas consequências para a linguagem e comunicação do paciente e providenciar medidas eficazes para sanar ou minimizar tais distúrbios”.

Comentário: Nesse argumento está contida a questão: pretende-se criar um *médico da audição*, e o médico formado em Medicina cuidaria *apenas do ouvido* – infecções, traumas e cirurgias.

A Faculdade de Fonoaudiologia da Estácio de Sá prega que “O melhor tratamento é a prevenção. As pessoas devem procurar um fonoaudiólogo logo que perceberem dificuldades em sua comunicação”.

Comentário: Dificuldades na comunicação incluem doenças nos órgãos da comunicação, que carecem sempre de prévia avaliação e diagnóstico por parte do médico.

A Campanha Nacional da Voz, promovida pelas Sociedades Brasileiras de Otorrinolaringologia e Laringologia e Voz desde 1999, utilizou o seguinte slogan, expresso por Xuxa e Patricia Pillar:

Tem coisas que só a sua Voz pode transmitir. Cuide bem dela. Qualquer alteração, procure logo seu médico
Semana Nacional da Voz. De 12 a 16 de abril
Afine a sua saúde. Cuide da sua Voz

E mais duas outras opções de propaganda, determinando uma hierarquia a ser seguida pelo paciente na busca de atendimento, tecnicamente adequada e justificada:

Esta para pais e crianças, com Silvia Massari e a sua boneca “Dona Santa”:

...é para você cuidar da voz do seu filho. A rouquidão infantil não é normal

Leve seu filho ao médico. Ele também poderá precisar de um fonoaudiólogo.
Se você não cuidar, ele poderá ficar assim..(com voz rouca).
Semana Nacional da Voz. De 12 a 16 de abril
Afine a sua saúde. Cuide da sua Voz.

Ou a preparada para cantores, apresentada por Toni Garrido, Fernanda Abreu e Gabriel Pensador:

Qualquer alteração, procure logo seu médico.
Você poderá ser tratado por ele, por um fonoaudiólogo ou por um professor de canto.
Semana Nacional da Voz. De 12 a 16 de abril.
Afine a sua saúde. Cuide da sua Voz.

A direção da Semana-Dia Nacional da Voz (que com a adesão de Europa e E.U.A. a partir de 2003 tornou-se Dia Mundial), sofreu pressões de fonoaudiólogos que, em nome de suas entidades, manifestavam-se pela adoção de frases como “...qualquer alteração, procure um médico ou um fonoaudiólogo”, ou que fosse extraída a expressão que incluía “professor de canto”, pois esses profissionais não “tratariam” da voz, e somente o fonoaudiólogo poderia fazê-lo. Ambas as sugestões foram prontamente repelidas, pois correspondiam exatamente ao que em seguida divulgou o Conselho Regional de Fonoaudiologia da 2ª Região (SP), propagando o fonoaudiólogo como sendo porta de entrada para pacientes - indivíduos com sinais e sintomas:

A Fonoaudiologia a serviço da população
Conselho Regional de Fonoaudiologia – 2ª Região - São Paulo
Problema de Audição, Voz, Fala ou Escrita?
Consulte um fonoaudiólogo
Informações sobre locais de atendimento fonoaudiológico públicos ou privados ligue para o Conselho

Buscando divulgar a Fonoaudiologia junto à população, fonoaudiólogos da UERJ alcançaram matéria de página inteira no jornal O Globo de 28 de outubro de 2001, em que ressaltaram “os riscos vocais e auditivos para os escolares submetidos a grandes índices de ruído nas instituições de ensino; que os nódulos, se não tratados, podem transformar-se em câncer”. Questionado, o jornal publicou carta de queixa e esclarecimento do CRM-RJ e da SORL-RJ, e a Redação replicou que “a informação de que o excesso de barulho numa sala de aula poderia causar danos à audição e às cordas vocais e de que nódulos não tratados podem transformar-se em câncer, foram feitas pelas pesquisadoras” (fonoaudiólogas).

Buscando divulgar a Fonoaudiologia junto à população, fonoaudiólogos da UERJ alcançaram matéria de página inteira no jornal O Globo de 28 de outubro de 2001, em que ressaltaram “os riscos vocais e auditivos para os escolares submetidos a grandes índices de ruído nas instituições de ensino; que os nódulos, se não tratados, podem transformar-se em câncer”. Questionado, o jornal publicou carta de queixa e esclarecimento do CRM-RJ e da SORL-RJ, e a Redação replicou que “a informação de que o excesso de barulho numa sala de aula poderia causar danos à audição e às cordas vocais e de que nódulos não tratados podem transformar-se em câncer, foram feitas pelas pesquisadoras” (fonoaudiólogas).

Comentário: São assinalados argumentos de cunho *sindical*, quais sejam, por ampliação de mercado, autonomia e independência, que não constam da lei da profissão, como a criação de procedimentos exclusivos, direito a emitir diagnóstico, assinar laudos e dar atestados de doença. Frisamos a recomendação de leitura do **Apêndice 3**, em especial da Resolução CREMERJ 174/01, que define Ato Médico em ORL, e que aparentemente gerou essa manifestação do CRF^a - 1ª R.

Tais jogos de palavras ficam expostos ao analisarmos atentamente os incisos do art 3º da Lei 6965/81. Ali se verifica caber ao fonoaudiólogo, conforme o texto legal (comentado a seguir):

a) desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área de comunicação escrita e oral, voz e audição.

Comentário: esse item lhe atribui instruir apenas sobre prevenção, não sobre diagnóstico ou indicação terapêutica (expressões ausentes da Lei e condizentes com atribuição exclusiva do médico).

b) participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição.

Comentário: equipe obviamente chefiada por médico, pois este além de fazê-lo, assume a responsabilidade pelo diagnóstico, pela atuação da equipe auxiliar e, mais importante, pelas consequências de tais atos (por ex, pelo erro de diagnóstico que leve a uma conduta equivocada).

Há que ter especial atenção à sutil expressão “realizar a avaliação”, pois esta deve ser compreendida de forma tão precisa quanto ampla – de modo algum significa concluir ou emitir diagnóstico (tarefa médica), mas tão somente realizar técnica ou fisicamente alguns exames, a critério do coordenador da equipe – o médico, o único a quem cabe requisitar exames, firmar o diagnóstico e definir a conduta.

c) realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição.

Comentário: nada é mencionado sobre indicar a terapia e avaliar seus resultados, pois essa é a tarefa do médico, que indica a terapêutica (no caso na forma de terapia) e avalia se houve cura, se a enfermidade ou disfunção está superada, enfim restabeleceu-se a saúde (entendendo que é atribuição exclusiva do médico atestar a saúde). E mais, cabe somente ao médico decidir se existe a necessidade de mais exames e/ou se outra proposta terapêutica deve ser apresentada ao paciente.

d) realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala.

Comentário: tarefa tipicamente fonoaudiológica: aperfeiçoar a fala e a voz, o que pode ser desejado por qualquer cidadão, independente de uma eventual existência de queixas, sinais ou sintomas de disfunções, doenças ou enfermidades.

A Lei 6965/81 é sábia e perfeita ao evitar que fonoaudiólogos assumam funções médicas, o que geraria uma situação clínica incontornável, senão caótica, em que pacientes teriam opiniões de igual peso e eventualmente contraditórias, não vindas de dois ou mais médicos, mas de profissionais de outros ramos, com formação diversa. Assim o médico determina diagnóstico e terapêutica, o fonoaudiólogo executa a terapia das disfunções observadas, segundo métodos e técnicas próprias de sua formação.

e) colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências.

Comentário: óbvio e incontestável, entendendo-se “assuntos fonoaudiológicos” como os citados nos incisos “a” a “d”, nada mais nem menos.

f) projetar, dirigir ou efetuar pesquisas fonoaudiológicas promovidas por entidades públicas, privadas, autárquicas e mistas.

Comentário: idem em relação ao termo “pesquisas fonoaudiológicas”.

g) lecionar teoria e prática fonoaudiológicas.

Comentário: idem, frisando que a lei não lhes autoriza diagnóstico ou indicação terapêutica, logo tais itens mesmo que ensinados para fins de orientação geral, maior conhecimento ou visão do campo de trabalho, não lhes autoriza de forma alguma a execução de atos médicos – diagnóstico e indicação terapêutica. (vide Julgado do S.T.F.)

Assim, os conselhos de paramédicos repetidamente se pronunciam tentando negar o fato de que a um profissional de saúde não-médico não cabe fazer diagnósticos nem indicar tratamentos, pois sua função técnica é auxiliar o diagnóstico médico e complementar a terapêutica, realizando, por ex., a reabilitação através da terapia fonoaudiológica dos “problemas da comunicação escrita e oral, voz e audição”.

Isso textualmente significa que, segundo a Lei 6965/81, fonoaudiólogos avaliam “problemas de comunicação”, não doenças, enfermidades ou disfunções, pois estas cabem aos médicos, entendeu o competente legislador nos idos de 1.981.

Abram-se parênteses para frisar e comentar que o fato de alguém se mostrar indignado e rejeitar o rótulo de “auxiliar”, conforme expressão do STF, caracteriza outro distúrbio de entendimento. Médicos patologistas clínicos e radiologistas desempenham um papel auxiliar aos clínicos e cirurgiões, auxiliando-os no diagnóstico, e médicos radioterapeutas complementam o tratamento; ambos são genericamente rotulados de “SADT - Serviços de Apoio ao Diagnóstico e à Terapia”. Isso não os ofende nem denigre, e nem um nem outro é menos médico por isso; da mesma forma o fonoaudiólogo não será diminuído por reconhecer-se como profissão tecnicamente auxiliar e complementar à Medicina, conforme expressamos.

E mais, mesmo médicos clínicos e cirurgiões podem assumir funções auxiliares ou complementares, sem se ofenderem por isso. Pelo contrário, em alguns casos têm a obrigação de aceitar essa posição, sem caber contestação e sem que esteja abrindo mão de sua (sempre) relativa “autonomia”. O otorrinolaringologista chamado ao C.T.I. irá auxiliar, fazendo a traqueotomia a critério do médico assistente; enfim, muitos exemplos mais poderíamos trazer para tranquilizar os auxiliares – tentando evitar macular um eventual ego adolescente.

h) dirigir serviços de fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos.

i) supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Fonoaudiologia.

j) assessorar órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, privados ou mistos no campo da Fonoaudiologia.

l) participar da Equipe de Orientação e Planejamento Escolar,

inserindo aspectos preventivos ligados a assuntos fonoaudiológicos

Comentário: idem para os quatro itens em relação aos limites e restrições citados acima. Sabe-se da prática comum, em que fonoaudiólogos atuam de forma autônoma sobre alunos sem prévia avaliação pediátrica, neuro-pediátrica, psiquiátrica ou otorrinolaringológica, trazendo para si a atribuição de diagnosticar as causas dos distúrbios de aprendizagem, comandar uma equipe de diagnóstico e indicar tratamento, encaminhando as crianças para terapia, dispensando avaliação médica.

m) dar parecer fonoaudiológico, na área de comunicação oral e escrita, voz e audição.

Comentário: idem em relação aos limites e restrições citados acima. Registre-se que a Lei não menciona expressões como emissão de laudo diagnóstico ou relatório pericial, atos que pressupõem diagnóstico.

n) realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo.

Comentário: idem em relação aos limites e restrições citados acima. Ou seja, seu currículo não pode lhes acrescentar atribuições e competências além das descritas acima, sob pena de desvirtuar o espírito da Lei e merecer contestação. Suas entidades têm buscado alargar as fronteiras da nobre profissão que abraçaram, no que denominam como “Crescimento da Fonoaudiologia”. Passam por atitudes, palestras, cursos, propostas de mudança curricular e caminham, ao que tudo indica, para tentarem mudar a Lei. Ora, pode-se perguntar, crescimento sobre quem, sobre que espaço, se quase tudo à volta é Medicina?

Nesse sentido, agredem a Lei e o Bom Senso várias Resoluções e manifestações dos Conselhos:

Manifestações e resoluções do CFFa

Em negrito, pontos relevantes, contraditórios e/ou questionáveis, em desacordo com a Lei 6965/81.

Resolução CFFa Nº 190, de 6 de junho de 1997

“Dispõe sobre a competência do Fonoaudiólogo em **realizar** Exames Audiológicos.”

Art. 2º - Os profissionais legalmente habilitados para **realizar** Exames Audiológicos, referidos no artigo 1º, são o Fonoaudiólogo ou Médico.

Comentário: cabe ao fonoaudiólogo realizar o exame, mas essa resolução se omite de informar que o fonoaudiólogo não indica, solicita ou conclui conduta a partir da realização; trabalha em equipe de diagnóstico, portanto sob supervisão de quem faz diagnóstico – o médico. Não tem atuação autônoma no campo de pacientes (indivíduos com sinais ou sintomas), e não pode coordenar a necessária busca ou determinação de doenças.

Resolução CFFa Nº 214, de 20 de setembro de 1998

“Dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo como **perito em assuntos de sua competência** e dá outras providências.”

R E S O L V E :

Art. 1º - É permitido ao Fonoaudiólogo atuar judicial ou extra-judicialmente como perito em assuntos de sua competência.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação, revogadas todas as disposições em contrário.

Comentário: A Lei 6965/81 não prevê realização de perícias, pois estas pressupõem capacidade de diagnosticar. Exame e conclusão pericial de pacientes com sinais e sintomas é ato médico. O fonoaudiólogo pode auxiliar o diagnóstico, atuando na equipe, mas o laudo pericial é sempre de responsabilidade do médico.

Resolução CFFa Nº 231, de 1º de agosto de 1999

“Altera a redação da Resolução CFFa nº 218, de 20 de dezembro de 1998, que dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo de acordo com a Portaria nº 19, da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, e dá outras providências.”

Art. 1º - O fonoaudiólogo deverá **realizar exames audiológicos**, com vistas à avaliação e acompanhamento da audição, em trabalhadores expostos a níveis de pressão sonora elevados, em conformidade com a **Portaria nº 19/98, da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho**, (...)

Art. 2º - A ficha do resultado do exame audiométrico deverá conter pelo menos os **itens descritos no item 3.5 da Portaria nº 19/98, da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho**.

Parágrafo único – A anamnese realizada com o trabalhador não deverá constar da ficha do resultado do exame audiométrico.

Art. 3º - O fonoaudiólogo deverá realizar a inspeção do meato acústico, conforme item 3.6.1.3 da referida Portaria.

Parágrafo único – O fonoaudiólogo anotará na ficha do exame audiométrico se foi observada alguma alteração, não descrevendo qualquer patologia de orelha externa ou média, e **encaminhará o trabalhador ao médico responsável**.

Art. 4º - O laudo fonoaudiológico deverá conter: grau da perda auditiva; tipo da perda auditiva (se realizadas via aérea e via óssea); orelha e frequências acometidas, conforme Parecer CFFa nº 003/98.

Parágrafo único – **O diagnóstico nosológico é de responsabilidade do médico coordenador** do Programa de Controle Médico Ocupacional de cada Empresa, conforme item 5 da Portaria nº 19/98, da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho.

Comentário: em sua avaliação, cabe ao fonoaudiólogo realizar o exame solicitado pelo médico e o paciente deverá

retornar ao médico responsável para que este conclua o diagnóstico. Isto significa trabalhar em equipe de diagnóstico. O parecer audiométrico aborda os aspectos quantitativos (grau discreto, moderado, intenso) e qualitativos (alteração condutiva, sensorineural, mista) e não constitui diagnóstico, não aponta causas, não estabelece nexo de causalidade, nem relaciona efeitos, que são atos de diagnóstico, exclusivos do médico.

Resolução CFFa Nº 232, de 1º de agosto de 1999

“Dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo em escolas e dá outras providências.”

Considerando a necessidade de **prevenir e orientar** as alterações de audição, linguagem, motricidade oral e voz em professores e alunos,

Art. 1º - Cabe ao Fonoaudiólogo, na escola, **transmitir conhecimentos** específicos da área para os indivíduos envolvidos no processo de desenvolvimento da criança, o que poderá ser feito em palestras, orientações e estudo de casos, da seguinte forma:

- **prestando consultoria e assessoria, através de esclarecimentos aos professores** e equipe técnica, no que diz respeito aos problemas fonoaudiológicos;
- realizando **triagens fonoaudiológicas** nos aspectos da audição, linguagem, motricidade oral e voz;
- realizando **devolutiva e orientação** aos pais, professores e equipe técnica da escola, nos aspectos da audição, linguagem, motricidade oral e voz;

Art. 2º - Cabe ao Fonoaudiólogo **orientar o professor e o aluno** sobre o uso adequado da voz e criar situações que evitem o abuso vocal, e desenvolver programas de **treinamento vocal**, assim como técnicas de apresentação.

Art. 3º - É vedado ao fonoaudiólogo **realizar atendimento clínico/terapêutico dentro das escolas** de ensino regular.

Art. 4º - É vedado ao fonoaudiólogo fornecer apenas uma **indicação profissional, quando do encaminhamento a um fonoaudiólogo**.

Comentário: Por não realizar diagnóstico, cabe ao fonoaudiólogo orientar e instruir sobre prevenção, e ao perceber em sua avaliação a presença de sinais e sintomas, deve encaminhar o paciente sempre para consulta e diagnóstico médico – seja por clínico, pediatra, neuro-pediatra, psiquiatra, foniatra ou otorrinolaringologista – e a este caberá a definição terapêutica, clínica, medicamentosa, cirúrgica ou indicar terapia. O fonoaudiólogo da escola não pode nem deve, a partir de sua avaliação, encaminhar para outro fonoaudiólogo, pois isso impede o acesso do paciente ao imprescindível diagnóstico de uma possível enfermidade – ato que só pode ser assumido por profissional médico. Isto significa trabalhar em uma equipe de diagnóstico, conforme reza a Lei 6965/81

Resolução CFFa Nº 246, de 19 de março de 2000

“Dispõe sobre a competência do Fonoaudiólogo, quando no exercício de sua profissão, para **solicitar exames e avaliações complementares** e dá outras providências.”

O Conselho Federal de Fonoaudiologia-CFFa, no uso de suas atribuições legais e regimentais conferidas pelo art. 10, incisos II, III, XII, da Lei nº 6.965/81,

Considerando o art. 4º, alíneas “a”, “b”, “e”, “m” e “n”, da Lei nº 6.965/81,

Considerando os artigos 4º, 9º, incisos I, II e X, art. 12, incisos IX, art. 13, inciso V, art. 20 e art. 49 do Código de Ética do Profissional Fonoaudiólogo,

Considerando a decisão do Plenário do CFFa na 49ª S.P.O, de 11 de abril de 1998,

Considerando a 27ª reunião Interconselhos de Audiologia, realizada no dia 12 de fevereiro de 2000,

Art. 1º - O Fonoaudiólogo, quando no exercício de sua profissão, poderá solicitar exames e avaliações complementares a quaisquer profissionais da área da saúde, necessárias ao bom desempenho de seu trabalho e que o auxiliem no diagnóstico e na evolução do tratamento fonoaudiológico do paciente.

Parágrafo único – Cabe ao Fonoaudiólogo, **em conformidade com sua competência técnico-científica, determinar os exames e avaliações mais convenientes às reais necessidades do paciente.**

Comentário: A Lei 6965/81 em nada prevê que o fonoaudiólogo possa solicitar exames, avaliações complementares, fazer diagnóstico ou executar tratamento. O fonoaudiólogo, ao contrário do que pretende esta resolução, participa da equipe de diagnóstico, auxilia o médico e complementa a terapêutica indicada, realizando terapia de reabilitação.

Resolução Nº 259, de 10 de Junho de 2000.

“Dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo em Empresas, Representações e Centros que comercializem Aparelhos Auditivos.”

Considerando a Lei 6.965/81, artigo 4º alínea c, que assegura ao Fonoaudiólogo o direito de realizar **terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;**

Considerando o artigo 4º da Lei 6.965/81, alínea “n”, que garante ao Fonoaudiólogo o direito de realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária, e que o currículo dos cursos de Fonoaudiologia prevêem o trabalho de impressão da orelha para confecção de molde auricular;

Considerando o artigo 2º das recomendações da VIII Jornada Sul Brasileira de Otorrinolaringologia, realizada em Canela - RS em maio de 1998 e **as recomendações do Fórum de AASI do XIV Encontro Internacional de Audiologia, realizado no Rio de Janeiro em março de 1999;**

Considerando que a escolha do molde auricular faz parte do processo de seleção e adaptação dos aparelhos de

amplificação sonora individual, e que estes **procedimentos são de responsabilidade do Fonoaudiólogo;**

Considerando ser da competência e responsabilidade do Fonoaudiólogo, com registro no CRFa, as atividades profissionais da Fonoaudiologia, que deverão ser exercidas com **exclusividade e autonomia**, de acordo com **normas estabelecidas pelo CFFa;**

Art. 1º - O Fonoaudiólogo é o profissional habilitado a realizar os procedimentos de avaliação auditiva, seleção, indicação e adaptação de aparelho auditivo e a pré-moldagem auricular, pré-requisito para a confecção do molde auricular, de acordo com o Parecer CFFa nº 003/98.

Art. 2º - O Fonoaudiólogo que atuar em empresas, representações e centros que comercializem aparelhos auditivos terá o direito de exigir as condições mínimas para o adequado desempenho de suas funções:

- a) equipamentos devidamente calibrados e em bom estado de conservação;
- b) cabina acústica com níveis de ruído determinados pelas normas internacionais em vigor;
- c) **ter ampla autonomia para indicar o Aparelho de Amplificação Sonora Individual mais adequado para o cliente, de acordo com seus conhecimentos técnicos.**

Art. 3º - O Fonoaudiólogo deverá comunicar ao CRFa de sua jurisdição qualquer irregularidade nas empresas, representações e centros auditivos que comprometa o adequado desempenho dos procedimentos fonoaudiológicos, para que o órgão possa tomar as devidas providências.

Art. 4º - É permitido ao Fonoaudiólogo comercializar Aparelhos Auditivos e respectivos acessórios, dentro dos limites técnicos e éticos estabelecidos.

Comentário: Não cabe ao fonoaudiólogo a indicação de uso de prótese, que é ato médico. Segundo a lei cabe-lhe a adaptação ao uso da prótese, reabilitando o paciente. Quando declara que “o fonoaudiólogo é o profissional habilitado” tenta excluir o médico dessa campo, e demonstra claro de outorgar ilegalmente ao fonoaudiólogo uma prerrogativa e uma autonomia que não existem.

Em contradição, a presidente do CFFa que assina essa resolução também subscreve as resoluções do citado Encontro Internacional de Audiologia, onde está registrado que: *“Alguns membros da plenária questionaram se, em busca desta legitimação, não deveria o fonoaudiólogo ser o responsável pela indicação do A.A.S.I.. Foi lembrado pelos coordenadores do Fórum (obs: a presidente do CFFa e outros) que isto já havia sido discutido em Fóruns anteriores e que por consenso, estabeleceu-se que o otorrinolaringologista é o responsável pela indicação do tipo de tratamento, isto é, cirúrgico, medicamentoso ou adaptação de A.A.S.I., o fonoaudiólogo, por sua vez, é responsável pela indicação do tipo, mode-*

lo e características eletroacústicas do A.A.S.I. Isto é uma divisão de responsabilidade que deve existir em áreas que estão tão próximas uma das outras, como é o caso da Fonoaudiologia e Otorrinolaringologia.”

Pode-se questionar também a pretensão de exclusividade e o insolúvel dilema ético de comercializar próteses, a não ser que seja oficialmente acatada a indicação de uso como sendo tarefa exclusivamente médica, o que isentaria, s.m.j., os fonoaudiólogos funcionários das lojas de venda de aparelhos auditivos, da suspeita de prática de auto-referenciamento de procedimentos de protetização.

Resolução Nº 260, de 10 de Junho de 2000.

“Dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo em Triagem Auditiva Neonatal”.

Considerando a Recomendação Nº 01/99 do Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância, que recomenda a implantação da Triagem Auditiva Neonatal Universal;

Considerando a Portaria Nº 72, de 02 de Março de 2000, da Secretaria de Assistência à Saúde, que **estabelece a equipe de saúde** responsável pelo atendimento ao recém-nascido de baixo peso;

Art. 1º - **O Fonoaudiólogo é o profissional capacitado pela implantação e execução de programas de triagem auditiva neonatal em hospitais e maternidades brasileiras.**

Comentário: Não cabe ao fonoaudiólogo a indicação de realização de triagem auditiva. Como integrante de equipe de diagnóstico, poderá fazê-lo sob indicação e supervisão médica. Pode-se questionar novamente a pretensão de exclusividade como sendo “O profissional capacitado para implantação e execução de um procedimento diagnóstico”, tentando excluir ou omitir o médico.

Resolução CFFª Nº 267, de 7 de fevereiro de 2001

Art. 1º - É vedado ao fonoaudiólogo **dar diagnóstico**, realizar terapia fonoaudiológica individual ou em grupo pela Internet ou qualquer outro meio de comunicação.

Comentário: Não cabe ao fonoaudiólogo “dar diagnóstico”, seja pessoalmente ou por que meio for.

Resolução CFFª Nº 269, de 3 de março de 2001

“Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências.”

Considerando o artigo 1º, parágrafo único da Lei 6965/81, que determina o campo de atuação do fonoaudiólogo,

Considerando a necessidade de esclarecer mais objetivamente cada área de conhecimento que define o profissional fonoaudiólogo especialista,

Artigo 1º - As áreas de especialidade reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia são:

1. Audiologia; 2. Linguagem; 3. Motricidade Oral; 4. Voz.

Exposição de Motivos: Como especialista deve ser entendido o profissional que, com atuação específica, exerce sua atividade lastreado por **conhecimentos científicos mais aprofundados**, que lhe **permitem diagnóstico, tratamento e prevenção** adequada, conferindo-lhe, assim, melhores **condições para uma melhor e mais completa atuação profissional, à assistência aos que lhe procuram**. O especialista, assim conceituado, está habilitado, portanto, a atuar com mais precisão em uma determinada área de conhecimento.

Especialidades:

1. Audiologia. Art. 1º - Audiologia é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, avaliação e o **diagnóstico funcional de problemas relacionados à audição**.

Art. 2º - O Fonoaudiólogo especialista na área de Audiologia se intitulará “Especialista em Audiologia.”

Art. 3º - As áreas de competência do “Especialista em Audiologia” incluem:

- Elaboração de programas de prevenção de problemas auditivos e conservação da audição;
- **Diagnóstico Audiológico (funcional)**, que inclui **todo e qualquer procedimento** utilizado em uma Avaliação Audiológica (de crianças e adultos) capaz de detectar um possível comprometimento auditivo;
- Seleção, **indicação** e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais.
- Participação nos programas de implante coclear.

2. Motricidade Oral. Art. 1º - Motricidade Oral é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, avaliação, **diagnóstico funcional e tratamento** de problemas relacionados ao sistema estomatognático bem como estética facial.

3. Linguagem. Art. 1º - Linguagem é a especialidade que tem por objetivo a prevenção, avaliação, **diagnóstico funcional e tratamento** de problemas relacionados à linguagem oral e à linguagem escrita.

4. Voz. Art. 1º - Voz é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, avaliação, **diagnóstico funcional e o tratamento de problemas** relacionados às disfonias e disodias e o aperfeiçoamento dos padrões de voz.

Art. 2º - O Fonoaudiólogo especialista na área de Voz se intitulará “Especialista em Voz”.

Art. 3º - As áreas de competência do Fonoaudiólogo especialista em Voz incluem:

- Avaliação da função vocal incluindo: avaliação clínica, perceptual, **instrumental (funcional) das estruturas do trato vocal e objetiva (laboratório de voz)**.

- Habilitação e reabilitação vocal.
- Desenvolvimento de programas de prevenção dos distúrbios da voz.
- Aprimoramento ou trabalho em estética vocal.

Comentário: Não cabe ao fonoaudiólogo a emissão de diagnóstico, qualquer que seja sua denominação, nem pode realizar exames que não tenham sido solicitados por médico. Salvo expresse desmentido, “avaliação da função vocal incluindo avaliação instrumental das estruturas do trato vocal”, abrange laringoscopias, estudos radiológicos e de deglutição (ou melhor, da função orofaringolaríngea e esofageana) e procedimentos endoscópicos de uma forma geral – atos médicos exclusivos.

Resolução CFFa Nº 272, de 20 de Abril de 2001

“Dispõe sobre a prática da Acupuntura pelo fonoaudiólogo e dá outras providências”

Considerando o reconhecimento da Acupuntura pela Organização Mundial de Saúde,

Considerando que a Acupuntura, quando corretamente utilizada, **é mais uma técnica terapêutica complementar a ser utilizada pelo fonoaudiólogo,**

Considerando a participação do CFFa no **38º Congresso Internacional de Terapias Complementares**, realizado em setembro de 2000, no Rio de Janeiro, onde muitos trabalhos de caráter científico na Acupuntura foram apresentados por profissionais brasileiros e estrangeiros,

Considerando as **entrevistas realizadas pelo CFFa com os Conselhos Federais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFITTO e Enfermagem - COFEN**, sobre a regulamentação da Acupuntura,

Considerando as normas regulamentadas pelos Conselhos Federais de Medicina, Enfermagem, Biomedicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Farmácia,

Considerando que o CFFa busca ampliar e garantir a oferta de trabalho para o fonoaudiólogo,

Art. 1º - No exercício de suas atividades profissionais o **Fonoaudiólogo poderá aplicar, complementarmente, os princípios, métodos e técnicas da Acupuntura** desde que apresente ao CFFa, título, diploma ou certificado de conclusão de curso específico patrocinado por entidade de Acupuntura, de reconhecida idoneidade científica e educacional, comprovada carga horária mínima de 1200 horas, sendo 1/3 (um terço) de atividades teóricas e com duração mínima de 2 (dois) anos.

Art.9º - Fica **assegurado aos fonoaudiólogos**, que possuem curso de Acupuntura de 600 horas, o direito ao registro para a prática da mesma em suas atividades profissionais, nos termos do art. 8º, desta Resolução.

Comentário: Fonoaudiólogos não realizam diagnóstico e a acupuntura pressupõe a realização prévia de um diagnóstico; e também significa uma abordagem invasiva do paciente, visto como um todo, bem além dos aspectos condizentes

com a Fonoaudiologia – que atua em audição, linguagem, motricidade oral e voz, segundo a Lei 6965/81. E é passível de crítica que uma autarquia pretenda “buscar ampliar e garantir oferta de trabalho”.

Resolução Nº 274, de 20 de Abril de 2001

“Dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo frente à triagem auditiva escolar”

Considerando que a Triagem Auditiva em escolas **é uma prática de rotina do Fonoaudiólogo;**

Artigo 1º - O Fonoaudiólogo devidamente habilitado, que realizar triagem auditiva em escolas deverá observar: e) a triagem auditiva escolar deve constar de no mínimo, meatoscopia, timpanometria, varredura do reflexo acústico em 100 dB nas frequências de 1000 a 4000 Hz e pesquisa dos limiares de Via Aérea de 1000 a 4000 Hz (técnica de varredura em 20 dB); g) a criança que falhar no teste deverá ser triada novamente pelo fonoaudiólogo em 10 a 15 dias para confirmação dos resultados; i) o Fonoaudiólogo deverá obrigatoriamente indicar 3 (três) ou mais profissionais qualificados para o atendimento das crianças que falharem na triagem.

Comentário: Não cabe ao fonoaudiólogo a indicação de realização de triagem auditiva. Como integrante de equipe de diagnóstico, somente poderá fazê-lo sob indicação e supervisão médica. E omite que as crianças que “falharem na triagem” deveriam ser encaminhadas para avaliação médica.

Notícias no Jornal do CFFa – Edição de janeiro/março de 2004

Fonoaudiólogo perito - agora é lei. A Secretaria Municipal de Administração do Rio de Janeiro criou o cargo de fonoaudiólogo perito na secretaria. É a Lei 3.630, publicada no Diário da Câmara Municipal no dia 3 de setembro de 2003. Com a lei, o profissional **pode emitir laudo fonoaudiológico** e pareceres relacionados à comunicação oral e escrita, voz e audição; planejar, elaborar, implantar e executar programas de educação e saúde relacionados à prevenção da voz e audição **e solicitar exames e avaliações complementares, a quaisquer profissionais da área de saúde, que auxiliem no diagnóstico e na evolução do tratamento fonoaudiológico.**

Comentário: Exemplo de investimento no legislativo, buscando ampliar atribuições. Essa lei municipal é inconstitucional, pois por lei federal não cabe ao fonoaudiólogo a realização de perícias e estas pressupõem diagnóstico, que não lhe cabe realizar, da mesma forma que não existe previsão legal para “solicitar exames” ou “realizar tratamento”.

Resolução do Conselho Nacional de Educação de 19 de fevereiro de 2002

Institui diretrizes curriculares nacionais para Cursos de Graduação em Fonoaudiologia

(...) o trabalho dos profissionais de saúde deve estar

fundamentado na **capacidade de tomar decisões** visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, **de medicamentos**, de equipamentos, de **procedimentos e de práticas**. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para **avaliar, sistematizar e decidir as condutas** mais adequadas, baseadas em evidências científicas; (...) no trabalho em **equipe multiprofissional**, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem **posições de liderança**, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, **responsabilidade**, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; (...) compreender e analisar criticamente os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico, que abrange o estudo da motricidade oral, voz, fala, linguagem oral e escrita e da audição, e os métodos clínicos utilizados para prevenir, avaliar, **diagnosticar e tratar** os distúrbios da linguagem (oral e escrita), audição, voz e sistema sensorio motor oral; (...) avaliar, **diagnosticar**, prevenir e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico em toda extensão e complexidade; (...) A formação do Fonoaudiólogo deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a **atenção integral da saúde** no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. (...) o estudo dos seus distúrbios e dos métodos e técnicas para avaliação e **diagnóstico, terapia** e a prevenção neste campo. Essas especificidades dizem respeito, também, à prevenção, desenvolvimento, avaliação, **diagnóstico e terapia** relativos aos aspectos miofuncionais, orofaciais e cervicais, além dos aspectos de voz, fluência e de fala. Em relação a audição referem-se ao desenvolvimento da função auditiva; alterações da audição; avaliação e **diagnóstico audiológico, indicação**, seleção e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual e outros dispositivos eletrônicos para a surdez;

Comentário: Tais disposições do CNE contrariam os limites da Lei 6965/81, ao atribuir indevidamente aos fonoaudiólogos propriedades de diagnóstico e de indicação terapêutica. Para facilitar a comparação e a constatação das semelhanças, encontra-se no **Apêndice 4** a Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Resolução CFFa Nº 305, de 06 de março de 2004

“Dispõe sobre a aprovação do Código de Ética da Fonoaudiologia, e dá outras providências.”

Código de Ética da Fonoaudiologia

Art. 3º - A Fonoaudiologia é a profissão regulamentada pela Lei no 6.965, de 9 de dezembro de 1981, e pelo Decreto no 87.218, de 31 de maio de 1982.

Art. 5º - Constituem direitos gerais dos inscritos, **nos limites de sua competência e atribuições:**

- I - exercício da atividade sem ser discriminado;
- II - exercício da atividade com **ampla autonomia** e liberdade de convicção;
- III - avaliação, **solicitação, elaboração e realização de exame, diagnóstico, tratamento** e pesquisa, emissão de parecer, **laudo** e/ou relatório, docência, responsabilidade técnica, assessoramento, consultoria, coordenação, administração, orientação, realização de perícia e **demais procedimentos necessários ao exercício pleno da atividade;**

Art. 6º - São deveres gerais dos inscritos:

- I - **observar e cumprir a Lei no 6.965/81, o Decreto no 87.218/82**, este Código de Ética, bem como as determinações e normas emanadas dos Conselhos Regionais e Federal de Fonoaudiologia;

Art. 7º - Consiste em infração ética:

- I - utilizar títulos acadêmicos que não possua ou de especialidades para as quais não esteja habilitado;
- II - **permitir que pessoas não habilitadas realizem práticas fonoaudiológicas** ou valer-se dessas para substituir-se em sua atividade;
- V - **receber ou exigir remuneração, comissão ou vantagem por serviços fonoaudiológicos que não tenha efetivamente prestado;**

Art. 9º - O fonoaudiólogo deve:

- I - respeitar o cliente e não permitir que este seja desrespeitado;
- II - **informar ao cliente sua qualificação, responsabilidades e funções**, bem como dos demais membros da equipe, quando se fizer necessário;
- III - orientar adequadamente acerca dos propósitos, riscos, custos e alternativas de **tratamento**, bem como das implicações de **tratamentos** fonoaudiológicos equivalentes, praticados simultaneamente;
- IV - esclarecer o cliente, apropriadamente, sobre os riscos, as influências sociais e ambientais dos transtornos fonoaudiológicos e sobre a evolução do quadro clínico, bem como sobre os prejuízos de uma possível interrupção do **tratamento** fonoaudiológico, ficando o fonoaudiólogo isento de qualquer responsabilidade, caso o cliente mantenha-se neste propósito;

Art. 10. Consiste em infração ética:

- I - abandonar o cliente, salvo por motivo justificável;
- II - executar ou **propor tratamento** desnecessário ou para o qual o fonoaudiólogo não esteja capacitado;
- III - exagerar ou minimizar o **quadro diagnóstico ou prognóstico**, complicar a terapêutica ou exceder-se

- em número de consultas ou em quaisquer outros procedimentos fonoaudiológicos;
- IV - **iniciar tratamento** de incapazes, sem autorização de seus representantes legais;
 - V - utilizar técnicas ou materiais no **tratamento** que não tenham eficácia comprovada;
 - VI - garantir resultados de **tratamentos** através de métodos infalíveis, sensacionalistas ou de conteúdo inverídico;
 - VII - emitir parecer, **laudo** ou relatório que não correspondam à veracidade dos fatos ou dos quais não tenha participado;

Art. 12. Consiste em infração ética:

- I - praticar ou permitir que se pratique concorrência desleal;
- II - ser cúmplice, sob qualquer forma, de pessoas que exerçam ilegalmente a profissão ou cometam infrações éticas;
- III - emitir opinião depreciativa técnico-científica sobre outro profissional;
- IV - obter ou exigir vantagens indevidas de colegas nas relações profissionais;
- V - deixar de **reencaminhar ao profissional responsável** o cliente que lhe foi enviado para procedimento específico ou por substituição temporária, salvo por solicitação do cliente ou na iminência de prejuízo deste, devendo o fato ser obrigatoriamente comunicado ao colega;
- VI - utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir, prejudicar ou dificultar que seus subordinados realizem seus trabalhos ou atuem dentro dos princípios éticos;
- VII - alterar **conduta fonoaudiológica determinada por outro fonoaudiólogo**, mesmo quando investido de função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível prejuízo para o cliente, devendo comunicar imediatamente o fato ao fonoaudiólogo responsável;
- VIII - negar, injustificadamente, colaboração técnica ou serviços profissionais a colega.

Art. 13. O fonoaudiólogo deve:

- I - manter sigilo sobre fatos de que tenha conhecimento em decorrência de sua atuação com o cliente, exceto por justo motivo;
- § 2º - Não constitui quebra de sigilo profissional a exposição do **tratamento** empreendido perante o Poder Judiciário, nas ações que visem à cobrança de honorários profissionais.

Art. 14. Na fixação dos honorários profissionais, podem ser considerados:

- V - o caráter de permanência, temporariedade ou eventualidade do **tratamento**;

Art. 20. Nos anúncios, placas e impressos devem constar o nome do profissional, da profissão e o número de inscrição no Conselho Regional, podendo ainda constar:

- IV - instalações, equipamentos e **métodos de tratamento**;

Art. 21. Consiste em infração ética:

- II - consultar, **diagnosticar ou prescrever tratamento** por quaisquer meios de comunicação de massa;

Comentário: Observe-se que a equipe de diagnóstico prevista em lei é ignorada, entre outras distorções que tentam criar a figura de um profissional que avalia, dá diagnóstico e prognóstico, prescreve, solicita exames, dá laudos e define condutas, indica e realiza tratamentos de forma autônoma e independente - enfim, um *médico tipo II*. E as indicações médicas são ignoradas, sem que seja admitida a obrigação fonoaudiológica em cumpri-las. Esse “Código de Ética” subverte a Lei da profissão.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia, em seu recente (2004) *Manual sobre o exercício profissional do fonoaudiólogo*, assumido como documento oficial da entidade, expressa seus objetivos (pontos destacados **em negrito**):

É com grande satisfação que apresentamos este documento oficial desenvolvido com muito cuidado e carinho. Foi elaborado pela necessidade do Conselho Federal de Fonoaudiologia em **esclarecer aos fonoaudiólogos e aos profissionais da saúde o que o profissional da Fonoaudiologia faz**, onde trabalha e **de que forma atua**. A partir de agora, a Fonoaudiologia **tem este guia como referência da ocupação do fonoaudiólogo** no Brasil.

Foram ouvidos e participaram da elaboração fonoaudiólogos experientes e conceituados de diferentes linhas e regiões do Brasil que há tempos discutem como a nossa profissão tem-se desenvolvido. Certamente gostaríamos de ter contado com o trabalho de um número maior de fonoaudiólogos, mas por diversos fatores não foi possível. Agradecemos a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que este documento fosse elaborado.

É importante destacar que este é um documento de uma profissão em ascensão e que, naturalmente, terá sua continuidade por meio de fóruns, debates, congressos e do próprio desenvolvimento profissional de cada um. **A Fonoaudiologia já provou ser uma profissão séria e conceituada, por isso não podemos, de forma alguma, deixar que ela seja cerceada ou que sofra um retrocesso. Essa é a importância deste documento.** Por meio dele, também, o CFFa esteve mais próximo dos seus profissionais, que, talvez, pela primeira vez, discutiram a Fonoaudiologia independentemente da linha que seguem, com um único objetivo: REGISTRAR A FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL!

(...) Levando-se em conta:

- a **complexidade da excelência na formação do fonoaudiólogo**, dando continuidade à melhoria na formação profissional e científica da comunidade fonoaudiológica nacional,
- o **número crescente de fonoaudiólogos** habilitados ao exercício profissional,
- o avanço científico-tecnológico,
- a necessidade de titulação plena do fonoaudiólogo,
- a **evolução da atuação assistencial** na área da saúde,
- o **desenvolvimento e habilidades de atuação** interdisciplinar,
- a **necessidade da descrição das competências do fonoaudiólogo de acordo com a Lei da Fonoaudiologia 6965/81**,

(...) chegou-se à sistematização das ações que constituem em cada uma das **áreas de competência** do fonoaudiólogo.

Componentes da Comissão Especial de Qualificação: Fga. Dra. Ana Maria Furkim, Fga. Dra. Maria Cecília Bevilacqua, Fga. Dra. Célia Maria Giacheti, Fga. Ms. Christiane Camargo Tanigute, Fga. Dra. Débora Maria Befi Lopes, Fga. Dra. Eliane Schochat, Fga. Dra. Esther Mandelbaum Gonçalves Bianchini, Fga. Dra. Ieda Chaves Pacheco Russo, Fga. Dra. Irene Queiroz Marchesan, Fgo. Dr. Jaime Zorzi, Fga. Dra. Jacy Perissinoto, Fga. Dra. Kátia de Almeida, Fga. Esp. Lídia D'agostino, Fga. Dra. Leslie Piccolotto Ferreira, Fga. Dra. Mara Suzana Behlau, Fga. Esp. Maria Thereza Mendonça C. de Rezende. Fonoaudiólogos referendados pelos respectivos Conselhos Regionais: Fga. Esp. Maryse Malta Muller, Fga. Dra. Célia Maria Giacheti, Fga. Dra. Ana Paula Berberian, Fgo. Ms. Fábio José Delgado Lessa, Fga. Esp. Celina Kassumi Kunieda Suzuki, Fga. Dra. Ana Cristina Cortes Gama

Vale ressaltar que a instituição do Sistema Único de Saúde, em 1988, pela Constituição Federal, regulamentado pela Lei nº 8080/90, possibilitou, pela sociedade, o acesso universal, equânime a serviços e ações de promoção, proteção, bem como a recuperação da saúde. Nesse contexto, **o fonoaudiólogo passou, então, a ser reconhecido como um dos profissionais da área da saúde a compor equipes de profissionais responsáveis pela assistência integral (primária, secundária e terciária) à saúde dos indivíduos.**

O crescimento da profissão, a ampliação do mercado de trabalho do fonoaudiólogo e a maior conscientização da categoria têm levado os Conselhos de Fonoaudiologia à revisão da Legislação.

Comentário: A referida Lei 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS, em momento algum confere ao fonoaudiólogo “autonomia e independência” nas ações sobre o paciente, de forma “equânime ou igualitária” em relação ao médico, nem pode “ser reconhecido como um dos profissionais da área da saúde a compor equipes de profissionais responsáveis pela assistência integral (primária, secundária e terciária) à saúde dos indivíduos”. Tal conceito originar-se-ia de interpretação distorcida do texto legal que prevê que *“as políticas estabeleçam condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*. Seus princípios incluem: *“universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”*. Isto não significa que a lógica do sistema dispensa o diagnóstico médico; pelo contrário, justamente garante que todo paciente tenha acesso a um mé-

dico. No texto acima o CFFa assume abertamente sua intenção política de obter “revisão da legislação pelo crescimento da profissão e ampliação do mercado de trabalho e maior conscientização da categoria”.

Segue o Manual, descrevendo as denominadas **ÁREAS DE COMPETÊNCIA**:

O Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), **instado a facilitar o entendimento das ações relativas ao fazer fonoaudiológico** e sensível à necessidade de discutir, como também descrever as ações **atualmente inerentes ao exercício profissional**, constituiu a referida comissão com o propósito de caracterizar a ocupação do fonoaudiólogo no Brasil.

Elaborou-se, por conseguinte, um **documento descritivo das grandes áreas de competência** do fonoaudiólogo, assim como as competências pessoais, habilidades, recursos, instrumentos de trabalho e locais de atuação necessários à plena realização, apresentado neste momento aos profissionais pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Identificaram-se dez grandes áreas de competência (GAC) do fonoaudiólogo, listadas na seguinte ordem: desenvolver ações de saúde coletiva dos aspectos fonoaudiológicos; **realizar diagnóstico de Fonoaudiologia**; executar terapia (habilitação/reabilitação); orientar pacientes, clientes internos e externos, familiares e cuidadores; monitorar desempenho do paciente ou cliente (seguimento); aperfeiçoar a comunicação humana; exercer atividades de ensino; desenvolver pesquisas; administrar recursos humanos, financeiros e materiais e comunicar-se. Listaram-se, também, competências pessoais facultativas e habilidades, favorecendo o exercício profissional.

A seguir, é apresentado um texto explicativo sobre as áreas de competência da Fonoaudiologia, desenvolvido a partir de cada uma das GACs, respaldado nas discussões da Comissão

I. Desenvolver ações de saúde coletiva nos aspectos fonoaudiológicos

A intervenção nessa área diz respeito à competência para desenvolver ações de saúde coletiva, tais como programas e campanhas de promoção dos aspectos fonoaudiológicos, o que envolve a identificação e necessidades da população alvo, por levantamento da prevalência e incidência de qualquer tipo de ocorrência que necessite de intervenção fonoaudiológica. Identifica também os recursos que viabilizem essa ação, tendo, como referenciais analíticos, a epidemiologia, as políticas públicas, o planejamento e a gestão.

O fonoaudiólogo participa da organização e desenvolvimento de serviços de Fonoaudiologia, programas, campanhas e ações dirigidas à saúde, à conservação auditiva e vocal, bem como participa de projetos político-pedagógicos e campanhas educativas sobre aspectos da comunicação humana, aspectos miofuncionais orofaciais e cervicais e da deglutição, quanto de seus transtornos.

O fonoaudiólogo, a partir do desenvolvimento das ações voltadas para a saúde coletiva, **implementa, coordena, adapta e gerencia ações, programas e campanhas de prevenção em saúde**, sendo de fundamental importância à adaptação e verificação constante de tais programas e campanhas.

A concretização dessas ações torna possível a realização de intervenção precoce, que pode prevenir e minimizar os distúrbios fonoaudiológicos e suas consequências.

II. Realizar diagnóstico de Fonoaudiologia

Para realizar o **diagnóstico fonoaudiológico**, deve-se obter a história clínica do paciente/cliente, por meio de coleta de dados de entrevista ou anamnese, ou procedimento similar, tais como questionários impressos. Além disso, dados adicionais podem ser obtidos nos prontuários das instituições. A avaliação do paciente/cliente é realizada por meio de exame clínico e/ou pela observação de comportamentos relacionados à linguagem oral e escrita, voz, fluência da fala, articulação da fala, função auditiva periférica e central, função vestibular, sistema miofuncional orofacial e cervical, **deglutição** e seus transtornos.

O exame clínico compreende, entre outras ações, a realização de provas, testes, exames específicos, análises e pesquisas minuciosas, assim como a descrição de parâmetros e comportamentos, objeto da avaliação fonoaudiológica. **Cabe, ao fonoaudiólogo, analisar e interpretar os dados provenientes dos procedimentos de avaliação por ele realizados.**

Quando necessário, solicita e analisa provas, testes, pareceres e exames complementares ao diagnóstico fonoaudiológico, a fim de estabelecer critérios de elegibilidade de ações fonoaudiológicas, concluir o diagnóstico fonoaudiológico, levantar hipóteses de fatores correlatos às manifestações observadas e definir a conduta e o prognóstico fonoaudiológico. Ao estabelecer a conduta fonoaudiológica, cabe indicar terapia fonoaudiológica e realizar outros encaminhamentos e ações necessárias decorrentes da conclusão do processo diagnóstico.

Dessa forma, o **diagnóstico** fonoaudiológico engloba o processo de avaliação e necessariamente precede e norteia a conduta fonoaudiológica.

III. Executar terapia (habilitação/reabilitação)

Essa área refere-se à competência para realizar terapia fonoaudiológica da linguagem oral e escrita, voz, fluência da fala, articulação da fala, função auditiva periférica e central, função vestibular, sistema **miofuncional orofacial e cervical e deglutição**, tanto no que diz respeito à habilitação, como à reabilitação de pacientes/clientes. A grande área em questão é constituída por uma série de ações que envolvem tanto **a seleção, como a indicação e aplicação** de métodos, técnicas e procedimentos terapêuticos,

adequados e pertinentes às necessidades e características do paciente/cliente. Ao fonoaudiólogo, cabe, portanto, **da seleção à adaptação** de órteses, próteses e tecnologia assistiva em audição, em comunicação humana e deglutição, além de introduzir formas alternativas de comunicação. Também fazem parte dessas ações **definir os parâmetros de alta e dar a alta propriamente dita.**

Comentário: O texto da Lei 6965/81 é ignorado, e são acrescentadas atribuições e competências. Frise-se que não existe “diagnóstico fonoaudiológico”, mas avaliação.

Em 30/4/01, um dos membros dessa “Comissão especial de qualificação” e agora ex-presidente da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, ao externar seu ponto de vista sobre um artigo assinado por dois dos autores, publicado no jornal ORL de fevereiro de 2001, que manifestava oficialmente a contrariedade da SBORL sobre algumas Resoluções do CFFa (citadas acima), manifestou-se por e-mail nos seguintes termos:

“Acredito que estes senhores (*referindo-se aos otorrinolaringologistas*) estão, de certa forma, nos prestando um favor pois estão ajudando com que nossa classe se una para lutar em conjunto contra quem nos ataca. Uma boa posição será enviar nossos pacientes para outras especialidades menos agressivas. Vamos nos lembrar que somos 20.000 mil e estes senhores apenas 5.000. Vamos nos lembrar também que quem encaminha(va) pacientes para eles éramos nós e não eles para nós. De que e de quem dependemos? Apenas de nossos conhecimentos e união. Está aí a chance de aprofundarmos conhecimentos e fortalecermos a nossa Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e principalmente os nossos congressos e não de quem nos ataca e nos quer destruir. Pessoal, vamos ficar unidos pois a união de fato faz a força”.

Parecer 002/94 do CRFa-1ª Região (RJ)

Trata das atribuições e atuação do fonoaudiólogo em Audiologia ocupacional, e emite conceitos como “o fonoaudiólogo deve manter relação com áreas afins buscando autonomia profissional”, e “tem como atribuição realizar avaliações audiológicas, planejar, elaborar, implantar e executar programas de educação e saúde relacionados a preservação da audição”. Prega que o fonoaudiólogo tenha “participação na decisão do remanejamento de área ou função do trabalhador para prevenção de danos auditivos ou redução do tempo de exposição face aos achados audiológicos” e deva “proceder ao exame do CAE e membrana do tímpano (otoscopia), observando possíveis alterações de ouvido externo que prejudiquem a realização da avaliação, determinando o tamanho do conduto auditivo externo, a fim de selecionar o EPI (equipamento de proteção individual) auricular adequado. Possíveis alterações devem ser referenciadas ao médico da equipe ou a um serviço de Otorrinolaringologia (ORL)”. Deverá também o fonoaudiólogo, a

seu ver, “emitir laudo, respectivo aos achados audiológicos, especificando o tipo e grau da perda auditiva, seu comprometimento na comunicação bem como a possibilidade da utilização de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual), após terem sido descartados os métodos medicamentosos ou cirúrgicos, pelo profissional médico da equipe ou a um serviço de ORL disponível”. E deverá também “solicitar reavaliação extra, além dos exames periódicos previstos em lei, em casos que julgar necessária para maior controle da progressão das PAIR (perdas auditivas induzidas pelo ruído)” e conceitua que “é primordial que o fonoaudiólogo seja capaz de estabelecer a relação dos traçados/resultados audiológicos com as informações da Anamnese, com conhecimentos de anatomia, neurofisiologia e nosologia do sistema auditivo, bem como do nível de comprometimento das funções de comunicação, importantes para a integração social e trabalhista do indivíduo. Deve ser capaz de estabelecer expectativas de diagnóstico diferencial, ainda que através de “screening”, referenciando para Avaliação Audiológica completa, solicitando exames complementares ou encaminhando para outros especialistas.”

Comentário: O texto da Lei 6965/81 é ignorado, pois se não lhe cabe diagnóstico, não poderia indicar ou solicitar reavaliações, e ressalta a contradição ao omitir o diagnóstico e a indicação médica de AASI, após ter o médico “da equipe” descartado os métodos medicamentosos ou cirúrgicos.

Trechos da Decisão Nº 1 / 2002 do CRF – 1ª Região de 25/3/02 – em negrito, pontos ilegais destacados:

CONSIDERANDO que o Fonoaudiólogo tem que zelar para que a atenção referida no item anterior seja sempre garantida e, quando após consulta fonoaudiológica, **formalizar a indicação** da aplicação de métodos e técnicas de terapia fonoaudiológica;

CONSIDERANDO que somente o Fonoaudiólogo pode fazer anamnese fonoaudiológica e avaliação fonoaudiológica que priorizem **o diagnóstico e tratamento das patologias** fonoaudiológicas da comunicação oral e escrita, voz e audição, como também avaliar e **intervir no sistema estomatognático** do indivíduo com o objetivo de habilitar e/ou reabilitar as funções deste sistema para a adequada comunicação humana;

CONSIDERANDO que é competência legal do Fonoaudiólogo **solicitar exames complementares que objetivem diagnóstico fonoaudiológico** mais completo, de acordo com a sua formação acadêmica, conforme normatiza a Resolução Nº 246, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, de 19 de março de 2001, a qual afirma caber “ao Fonoaudiólogo, em conformidade com sua competência técnico-científica, **determinar os exames e avaliações mais convenientes às reais necessidades do paciente**” e também que “o Fonoaudiólogo, quando no exercício de sua profissão, poderá solicitar exames e avaliações complementares a quaisquer

profissionais da área de saúde, necessárias ao bom desempenho de seu trabalho e o que o **auxilie no diagnóstico e na evolução do tratamento** fonoaudiológico do paciente”;

D E C I D E:

Art. 1º. - Definir e disciplinar os procedimentos fonoaudiológicos gerais em pesquisa, prevenção, avaliação, **diagnóstico e tratamento** dos distúrbios da comunicação, a fim de especificar as competências técnicas do Fonoaudiólogo quando em clínica individual, em equipe de saúde, em programas de ação em saúde coletiva e, inclusive, em convênio de empresa seguradora e prestadores de serviço de saúde na jurisdição do Conselho Regional de Fonoaudiologia - 1a. Região, no Estado do Rio de Janeiro.

§ 3º. - Avaliar é analisar com rigor técnico os aspectos multifatoriais que originaram a instalação do distúrbio fonoaudiológico ou seus sintomas. Uma avaliação completa é composta obrigatoriamente de: anamnese e história clínica; **realização de exames e testes** inerentes a prática fonoaudiológica que possibilitem elucidar o desenvolvimento do quadro clínico fonoaudiológico, bem como a **solicitação de exames complementares** com o mesmo propósito; levantamento das causas internas e externas que propiciaram a instalação do **quadro clínico fonoaudiológico** ou seus sintomas; encaminhamento do paciente a outros profissionais, quando o quadro clínico se fizer necessário, para parecer ou trabalho multiprofissional; **conclusão diagnóstica** determinando o quadro clínico fonoaudiológico apresentado pelo paciente; elaboração de laudo e/ou parecer fonoaudiológico, **a fim de nortear o paciente**, familiares, professores, empregadores e demais profissionais ligados ao paciente, **e a justiça**, sempre que necessário.

Art. 2º. - **Tratar** ou realizar terapias fonoaudiológicas, utilizando, **prescrevendo ou indicando métodos** disponíveis e reconhecidos cientificamente inerentes a Fonoaudiologia por sua formação legal e curricular, interrompendo, minimizando ou eliminando o **processo patológico funcional** na área fonoaudiológica;

§ 1º - **Os pacientes podem ser encaminhados a Fonoaudiologia por profissionais de saúde e da educação, ou procurarem atendimento espontaneamente;**

§ 2º. - **É vedado expressamente ao fonoaudiólogo cumprir determinação de ordem técnica a ele delegada por outro profissional não fonoaudiólogo**, eximindo-se assim de sua responsabilidade legal junto ao paciente.

Art. 3º. - Na atuação clínica individual ou em equipe profissional é vedado ao Fonoaudiólogo **prescindir de sua autonomia** legal, delegando a responsabilidade de seus atos a outros profissionais ou leigos, de acordo com o disposto no art. 1º, inciso XIV, do Código de Ética Profissional.

Trechos da Decisão Nº 3 / 2002 de 23/9/02 – em negrito, pontos destacados:

Art. 5º. - **O órgão público ou similar e a empresa privada, bem como a Operadora de Plano de Saúde que, sob qualquer pretexto, imponha ações e procedimentos de subordinação e submissão técnicas de Fonoaudiólogos a outros profissionais da área de saúde, estarão violando os preceitos legais, ficando, conseqüentemente, sujeitos às sanções civis e disciplinares previstas na legislação vigente.**

Art. 7º. - Torna-se expresso que os procedimentos fonoaudiológicos, previstos na Decisão do CRFa.- 1ª. Região nº 001/2002, e os **atos exclusivos da profissão de Fonoaudiólogo**, nos termos do disposto no art. 5º da Lei 6965/81 e no Código de Ética da Fonoaudiologia, **são indelegáveis a leigos e a outros profissionais de saúde** não Fonoaudiólogos, os quais não poderão sob qualquer pretexto:

- I - **Assinar exames e laudos, inclusive aqueles com fins periciais e para concessão de benefícios, assim como pareceres, em substituição ao trabalho do Fonoaudiólogo;**
- II - **Realizar conclusão diagnóstica** de distúrbios da comunicação antes ou após consulta de avaliação fonoaudiológica, nos termos da Lei 6.965/81, em substituição ao trabalho do Fonoaudiólogo;
- III - **Determinar métodos e tratamentos fonoaudiológicos, bem como a duração dos mesmos.**

Parágrafo Único - **O acesso ao tratamento fonoaudiológico é direto, cabendo somente ao Fonoaudiólogo avaliar sobre a elegibilidade do mesmo.**

Comentário: As decisões do CRFa - 1ª Região repetidamente ignoram a Lei 6965/81.

O *coroamento* dessa expansão encontra-se na abertura do *site* do CFFa, na forma de declaração de intenção política e de desrespeito à Lei 6965/81 (o negrito assinala tais pontos):

“O fonoaudiólogo é um profissional da Saúde, de **atuação autônoma e independente**, que exerce suas funções nos setores público e privado. É responsável por promoção da saúde, **avaliação e diagnóstico**, orientação, terapia (habilitação/reabilitação), **monitoramento** e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva **periférica e central**, na **função vestibular**, na linguagem oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, **no sistema miofuncional orofacial e cervical e na deglutição**. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administrativas”.

Em outro exemplo ainda mais grave, temos o Decreto-Lei 87.373 de 8/7/82, que inclui os fonoaudiólogos no nível superior, e que descumpra a Lei que deveria atender, legislando sobre outro tema e estendendo-lhes a atribuição para poderem praticar “a indicação de uso de prótese auditiva”. Tal texto é flagrantemente ilegal, pois tais decretos só podem detalhar ou explicar uma lei, complementando-a – e não podem criar, estender, modificar ou extinguir direitos ou obrigações. Têm o objetivo, tão somente, de explicitar ou detalhar o cumprimento das disposições de determinada lei a seus destinatários, e, assim sendo, são nulas para todos os efeitos, as disposições que não se contenham nos estreitos limites da lei.

Frise-se também que toda e qualquer resolução emitida por Conselhos, que exceda ao disposto na legislação citada, é nula de direito, por estar contrariando o disposto na Lei maior. No quadro a seguir citemos alguns exemplos do que pode ocorrer, na forma de corriqueiros “pseudo-diagnósticos fonoaudiológicos” – todos sinais ou sintomas.

“Diagnóstico” falso (fonoaudiológico) - que o médico reconhece como sendo mero sinal ou sintoma de uma doença	Diagnóstico verdadeiro (médico) com causa /etiologia pesquisada, suspeita ou determinada
Disfonia com soproidade da voz	Alterações estruturais, congênitas, funcionais, neurológicas (como paralisia da laringe), tumores (câncer) do pulmão, entre outros.
Disfonia com aspereza da voz	Trauma vocal crônico, laringites (viral, bacteriana, por refluxo, tuberculose, sífilis etc.), câncer da laringe, cistos e tumores, entre outros.
Disfemia (por ex. gagueira)	Distúrbios emocionais, tumores cerebrais, disritmias cerebrais, acidentes vasculares encefálicos (derrames), entre outros.
Projeção lingual	Macroglossia, distúrbio funcional, hormonal, tumor da base da língua, desproporções faciais, atresia mandibular, entre outros.
Deglutição atípica	Distúrbios da motilidade esofageana, neurológicos, câncer do esôfago, divertículo de Zenker, miastenia gravis, entre outros.
Dislexia	Distúrbios neuro-psiquiátricos (esquizofrenia, neuroses, autismo), miopia, hipermetropia, entre outros.
Afasia	Distúrbios neurológicos e/ou psiquiátricos, enfermidades degenerativas, tumores, acidentes vasculares cerebrais, entre outros.
Surdez	Doenças inflamatórias, otosclerose coclear, doenças ocupacionais, tumor do nervo acústico, uso de medicamentos ototóxicos, diabetes, fístula peri-linfática, entre outros.

Na falta de um diagnóstico médico correto e adequada indicação médica de um esquema terapêutico, é absolutamente equivocada, e portanto indesejada, a interferência de um profissional fonoaudiólogo indicando terapia ou, pior, o uso de uma prótese auditiva. Ao assim proceder este profissional pode retardar ou impedir a detecção de uma enfermidade, pondo em risco a saúde e a própria vida do paciente, no caso de falta de diagnóstico correto e tratamento de uma doença de maior gravidade.

Definição sobre o que seja Fonoaudiologia

Texto da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP Pró-Reitoria de Graduação. Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Coordenador do Curso: Profa. Dra. Ellen Osborn

O fonoaudiólogo é profissional capacitado para atuar no processo de comunicação do ser humano nas suas etapas de aquisição, desenvolvimento e abrangência, quer nas suas manifestações de normalidade quer nos seus distúrbios. Para tal, necessita compreender o indivíduo em relação à sua história de vida, sua situação em relação ao distúrbio que o acomete e seu contexto sócio-cultural.

O fonoaudiólogo trabalha em área limite com a Educação (Didática e Pedagógica), com a Medicina (Saúde Pública, Otorrinolaringologia, Foniatria, Neurologia, Psiquiatria, Pediatria), com a Odontologia (Ortodontia), com a Psicologia (Clínica e Pesquisa) e deve, por isto, na sua formação profissional adquirir conhecimentos de ciências biológicas, morfológicas e fisiológicas, ciências médicas, odontológicas, ciências humanas, sociais e políticas, ciências físicas, conhecimentos de educação, didática, de lingüística, filosofia, teoria do conhecimento, além de conhecimentos específicos de voz, fala, audição e linguagem de ser humano.

O objetivo do curso é formar profissional qualificado para **promover a saúde no processo de comunicação humana, em atuação interdisciplinar**, e para exercer o ensino e a pesquisa nesta área. Com duração de quatro anos o curso é estruturado em ciclos: Básico (Unificado e Específico no primeiro ano), Integrado Profissionalizante (segundo ano e primeiro semestre do terceiro ano) e de Treinamento Profissionalizante (segundo semestre do terceiro ano e quarto ano).

O Ciclo Básico Unificado tem como objetivo fornecer conhecimentos fundamentais sobre o ser humano sadio (formação, desenvolvimento, constituição e funcionamento), e sobre Introdução à Fonoaudiologia, Metodologia Científica e Procedimentos Fonoaudiológicos. Estas três disciplinas procuram ambientar o aluno frente aos conhecimentos específicos que serão aprofundados no decorrer do Curso.

O Ciclo Básico Unificado Específico tem como objetivo fornecer conhecimentos do processo de aquisição, desenvolvimento e abrangência da linguagem humana. Este ciclo inclui as disciplinas de Língua Nacional (para aprimorar a expressão oral e escrita dos alunos), de Pedagogia Especial (com o objetivo de atender crianças de zero a seis anos

de idade, visando oferecer condições para seu desenvolvimento físico, emocional e cognitivo) e de Introdução à Audiometria (cujo objetivo é estabelecer elo entre a Acústica Física e a Audiologia) além de Treinamento Específico para Fala, Voz e Audição.

O Ciclo Integrado Profissionalizante objetiva formação multidisciplinar e está dividido em cinco unidades curriculares: conceito de linguagem humana, processos e etapas de aquisição e desenvolvimento global da criança sadia; introdução a critérios e métodos de avaliação; caracterização e procedimentos de avaliação dos distúrbios da comunicação humana; terapia dos distúrbios da comunicação humana e prevenção dos distúrbios da comunicação humana.

Procura-se neste ciclo transmitir ao aluno o Método Fonoaudiológico: relação terapeuta-paciente (contato e empatia); a terapia como atividade pedagógica, educacional; a participação do fonoaudiólogo em equipe multiprofissional de terapia; o registro, documentação e acompanhamento da evolução de terapias; terapia como recurso de diagnóstico e prognóstico e fundamentação teórica e treinamento prático nos principais métodos e técnicas de terapia dos distúrbios da fonoarticulação (voz e fala) e da linguagem, oral e gráfica.

Para habilitar-se a atuar na prevenção dos distúrbios da comunicação humana o aluno deve conhecer as condições sócio-culturais da criança brasileira e do papel do fonoaudiólogo nesta prevenção, criando condições favoráveis para que a comunicação se desenvolva de forma adequada. As áreas de conhecimento incluem Prevenção em Fonoaudiologia, Fonoaudiologia Escolar, Fonoaudiologia Educacional, Prevenção em Audiologia, Audiologia Educacional, Saúde Pública, Teorias da Educação, Lingüística, Psicologia e Ética Profissional.

No Ciclo de Treinamento Profissionalizante, para instruir, capacitar, habilitar e qualificar o aluno ao exercício da Fonoaudiologia, ocorre treinamento prático em procedimentos clínicos cotidianos específicos: **condutas de Fonoaudiologia, Audiologia e Foniatria**.

Comentário: Trata-se de perfeita definição do que seja Fonoaudiologia, com a pequena ressalva ao final de que fonoaudiólogos não exercem Foniatria, pois esta é a área de atuação médica que aborda as enfermidades que repercutem nos órgãos de comunicação – é o especialista médico que faz o diagnóstico do paciente.

14. OBSERVAÇÕES SOBRE AS LEIS DAS DEMAIS PROFISSÕES DA SAÚDE

Lei dos psicólogos

Decreto Nº 53.464 de 21/1/64 que regulamenta a Lei nº 4.119, de 27/8/62

Art.13 da Lei: § 1º- Constitui função **privativa** do psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com

os seguintes objetivos: a) **diagnóstico** psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psico-pedagógica; d) solução de problemas de ajustamento.

Art. 4º do Decreto: São **funções** do psicólogo: 1) Utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de:

a) **diagnóstico psicológico**; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica; d) solução de problemas de ajustamento. (...) 6) Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de Psicologia.

Comentário: Na passagem de lei para decreto foi corrigida a questão da exclusividade, mas permanece o termo diagnóstico, totalmente inadequado, pois se diagnosticar significa identificar uma doença, a partir de sinais e sintomas, métodos e técnicas psicológicas não identificam doenças, psicólogos não fazem diagnóstico psicológico algum – e a lei está etimologicamente errada. O termo correto é avaliação psicológica, que corresponde exatamente ao que podem fazer e de fato fazem tais profissionais. Diagnóstico psicológico, ou melhor psiquiátrico, somente quem pode fazer é um médico, e preferencialmente psiquiatra.

Leis dos fisioterapeutas

Parecer 388 de 1963

É um dos primeiros documentos oficiais que definem a ocupação do fisioterapeuta e os limites do seu trabalho e de sua atividade. O fisioterapeuta é definido como **auxiliar médico**, e a execução de suas tarefas devem ser desempenhadas **sob a orientação e responsabilidade do médico**; ao fisioterapeuta cabe executar técnicas, aprendizagens e exercícios, porém essas atividades só podem ser feitas pelo fisioterapeuta **quando recomendadas pelos médicos**. O parecer também define que o profissional é por definição um técnico em Fisioterapia, mas que deve ter uma formação de nível superior, sendo que os cursos deveriam ter a duração de três anos.

Decreto Lei 938 de 13/10/69

Em seu artigo 3º define como sendo **atividade privativa** do fisioterapeuta **executar métodos e técnicas** fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. O artigo 5º apresenta outras atividades que poderão ser exercidas pelo fisioterapeuta, como dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente.

Comentário: A atividade *privativa*, segundo o julgado do S.T.F., não atinge o médico, como já detalhado. Absolutamente nada é mencionado sobre solicitar exames, concluir diagnóstico ou indicar tratamento

Lei Nº 8.080 de 19/9/90

Trata do atendimento domiciliar e da internação domiciliar, incluindo os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social,

entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º - O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º - O **atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica**, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Comentário: não está contemplado o termo diagnóstico e sua competência está limitada a executar métodos e técnicas, nada sendo mencionado quanto a prescrevê-los ou indicá-los. **É frisado que indicação é médica.**

Lei Nº 6.316 de 17/12/75

Segundo o seu art. 5º, compete ao Conselho Federal de Fisioterapia:

- I - eleger, dentre os seus membros, por maioria absoluta, o seu Presidente e o Vice-Presidente;
- II - exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à **fiscalização do exercício** profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais;
- III - supervisionar a fiscalização do exercício profissional em todo o território nacional;
- XII - estimular a **exação no exercício da profissão**, velando pelo prestígio e bom nome dos que a exercem;

Art. 6º. Os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional serão organizados nos moldes do Conselho Federal.

Art. 7º. Aos Conselhos Regionais de Fisioterapia compete:

- III - **fiscalizar** o exercício profissional na área de sua jurisdição representando, inclusive, às autoridades competentes, sobre os fatos que apurar e cuja solução ou repressão não seja de sua alçada;
- IV - **cumprir e fazer cumprir as disposições desta lei**, das resoluções e demais normas baixadas pelo Conselho Federal;
- XII - estimular a **exação no exercício da profissão**, velando pelo prestígio e bom conceito dos que a exercem;

Decreto Nº 90.640, de 10/12/84

Art. 1º - Fica incluída no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior estruturado pelo Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973, com as alterações posteriores, a **Categoria Funcional de Fisioterapeuta** designada pelo código NS-943 ou LT-NS-943.

Parágrafo Único - A categoria funcional de que trata este artigo compreende atividades de nível superior, envolvendo **supervisão, coordenação, programação e execução especializada referente a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicas, avaliação**

ção e reavaliação de todo processo terapêutico utilizado em prol da reabilitação física e mental do paciente.

Comentário: Termos como diagnóstico, requisição de exames, indicação e prescrição não estão contemplados. A fiscalização profissional, para ser eficiente, deve basear-se na lei.

Conceitos e definições sobre área de atuação do fisioterapeuta. Em negrito, extrapolações da autarquia.

Segundo a livre interpretação do COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia, constante no portal da Internet www.coffito.org.br

Fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e **trata** os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por **doenças adquiridas**. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, **das patologias**, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.

Fisioterapeuta é o profissional de Saúde, com formação acadêmica superior, habilitado à **construção do diagnóstico** dos distúrbios cinéticos funcionais (**Diagnóstico Cinesiológico Funcional**), a **prescrição** das condutas fisioterapêuticas, a sua **ordenação e indução no paciente** bem como o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço.

Atribuições Específicas (ainda segundo o COFFITO):

- a) Avaliar o estado funcional do cliente, a partir da identidade da **patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens**, da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.
- b) **Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, planejar, organizar, supervisionar, prescrever e avaliar os projetos terapêuticos** desenvolvidos nos clientes.
- c) Estabelecer rotinas para a assistência fisioterapêutica, fazendo sempre as adequações necessárias.
- d) **Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução do quadro funcional do cliente, sempre que necessário e justificado.**
- e) Recorrer a outros profissionais de saúde e/ou solicitar pareceres técnicos especializados, **quando necessário.**
- f) **Reformular o programa terapêutico** sempre que necessário.
- g) Registrar no prontuário do cliente, **as prescrições fisioterapêuticas**, sua evolução, as intercorrências e as **condições de alta** da assistência fisioterapêutica.
- h) Integrar a equipe multiprofissional de saúde, **sempre que necessário**, com participação plena na atenção prestada ao cliente.

Código de Ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Resolução COFFITO de 10/7/78

Art. 1º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, **tratamento e recuperação de sua saúde.**

Art. 8º. É proibido ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, nas respectivas áreas de atuação:

IV - prescrever medicamento ou praticar ato cirúrgico;

Art. 9º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional **fazem o diagnóstico fisioterápico e/ou terapêutico ocupacional e elaboram o programa de tratamento.**

Art. 13. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, à vista de **parecer diagnóstico** recebido e após buscar as informações complementares que julgar convenientes, **avaliam e decidem quanto à necessidade de submeter o cliente à fisioterapia e/ou terapia ocupacional, mesmo quando o tratamento é solicitado por outro profissional.**

Art. 19. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional tratam os colegas e outros profissionais **com respeito** e urbanidade, não prescindindo de igual tratamento e de suas prerrogativas.

Art. 23. O fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional **solicitado para cooperar em diagnóstico ou orientar em tratamento** considera o cliente como permanecendo sob os cuidados do solicitante.

Comentários: Assim, o COFFITO declara que fisioterapeutas fazem diagnóstico, avaliam patologias, pedem exames laboratoriais e de imagem, determinam conduta, prescrevem, definem alta, e integram a equipe multiprofissional “quando necessário”, e não obrigatoriamente, e nada menciona sobre seguir a conduta determinada pelo médico, como deve ser; e prega uma total independência e ampla autonomia, forçando conceitos não previstos na lei da profissão.

Lei dos nutricionistas

Nº 8.234, de 17/9/91

Art. 3º. São atividades **privativas** dos nutricionistas:

- I - direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição;
- II - planejamento, organização, direção, supervisão e **avaliação** de serviços de alimentação e nutrição;
- III - planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos;
- IV - ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição;
- V - ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;
- VI - auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética;
- VII - assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética;

VIII - **assistência dietoterápica** hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

Comentário: a pretensão de exclusividade imita a dos fisioterapeutas, que foi admitida pelo Supremo Tribunal Federal, mas como sendo um conceito que obviamente não vale para o médico, pois nenhuma lei poderia limitar o profissional que abrange o todo. A partir do citado julgado do S.T.F. depreende-se, por analogia, que o médico tudo pode em benefício de seu paciente, inclusive determinar ou prescrever dieta.

Art. 4º. Atribuem-se, também, aos nutricionistas as seguintes atividades, desde que relacionadas com alimentação e nutrição humanas:

- I - elaboração de informes técnico-científicos;
- II - gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produtos alimentícios;
- III - assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição;
- IV - controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios;
- V - atuação em **marketing** na área de alimentação e nutrição;

Comentário: questiona-se o que seja “atuação em marketing”.

VI - estudos e trabalhos experimentais em alimentação e nutrição;

VII - **prescrição** de suplementos nutricionais, **necessários** à complementação da dieta;

Comentário: e quem julga adequado, indicado e necessário, no caso de pacientes (indivíduos com sinais e sintomas), é o médico assistente, responsável pela conduta frente a cada caso.

VIII - **solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico;**

Comentário: a partir dessa concessão legal mal definida, arriscam passar a solicitar todos os exames que desejam ou acham importantes, mesmo em indivíduos com sinais e sintomas (pacientes). Endoscopia, seriografia e até colonoscopia poderiam ser entendidas como exames laboratoriais (!) necessários ao acompanhamento dietoterápico”, assim como as mais variadas dosagens hormonais e metabólicas, que buscam esclarecer e determinar uma doença, causa de um distúrbio “nutricional”; assim confunde-se a constatação de uma consequência com a determinação da causa da anormalidade – o diagnóstico.

- IX - participação em inspeções sanitárias relativas a alimentos;
- X - análises relativas ao processamento de produtos alimentícios industrializados;
- XI - participação em projetos de equipamentos e utensílios na área de alimentação e nutrição.

Parágrafo Único. É obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área.

Comentário: não contempla em momento algum o termo diagnóstico, mas somente avaliação e assistência. E confunde-se multidisciplinar com multiprofissional (várias profissões), subentendendo-se que, em pacientes, a coordenação seja sempre exercida por profissional médico, responsável pelo caso como um todo, e não apenas de sua alimentação ou dieta.

Lei dos enfermeiros Nº 7.498, de 25/6/86

A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:

I - privativamente:

i) consulta de enfermagem; j) prescrição da assistência de enfermagem; l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. Às profissionais que sejam titulares do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetritz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as

leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Comentário: as suas atividades prescrevendo medicamentos em programas de saúde pública e como obstetriz só podem, por lei, ser exercidas dentro de uma equipe de saúde. Equipe que, por lógica e bom senso, na assistência a pacientes (indivíduos com sinais e sintomas) deve ser coordenada por médico, profissional apto ao diagnóstico de enfermidades, como a distocia, por exemplo. **A Lei prevê que “o enfermeiro identifica distocias e toma providências até a chegada do médico”; logo, quando ou assim que o médico estiver presente, não pode haver sobreposição ou conflito de opiniões, e prevalece a hierarquia: é o médico quem assume a direção e a responsabilidade pelo caso, e toma as decisões terapêuticas.**

Livro didático: Diagnóstico em Enfermagem, 2000

Autoras: enfermeiras dos EUA Sheila M. Sparks, RN, DNSc, CS. Assistant Professor, School of Nursing Georgetown University, Washington, D.C., Cynthia M. Taylor, RN, MS, CS, CNAA. Independent Nurse Consultant Former Chief Operating Officer Suburban Hospital, Bethesda, MD e Janice G. Dyer, RN, DNSc, CS. Assistant Professor, Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Graduate Program Health and Community Systems Department School of Nursing, University of Pittsburgh Pittsburgh, PA. Revisora técnica - Maria Isabel Sampaio Carmagnani, Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Departamento de Enfermagem. Doutor em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana – UNIFESP.

Diagnóstico em enfermagem é justamente o recurso que faltava: um texto prático, em formato conciso, que contém as informações clínicas de que você necessita para **planejar e implementar a assistência especializada dos seus pacientes**. São 139 planos de assistência, um para cada diagnóstico.

- 1) **Diagnóstico de enfermagem: a descrição do diagnóstico** inclui um termo aprovado, em geral uma etiologia.
- 2) Definição: **uma explicação sucinta do diagnóstico**.
- 3) Avaliação: parâmetros a serem seguidos enquanto a enfermagem estiver recolhendo dados para **confirmar o diagnóstico**.
- 4) Características definidoras: relação das condições físicas que, quando agrupadas, **confirmam o diagnóstico; para os diagnósticos que expressam a possibilidade de um problema** (como por exemplo, “risco de lesão”), essa seção é descrita como Fatores de risco.
- 5) Distúrbios associados: exemplos de **condições médicas e psiquiátricas freqüentemente associadas ao**

diagnóstico de enfermagem; em alguns casos, também podem ser relacionados tratamentos para as **condições associadas ao diagnóstico**.

- 6) Resultados esperados: relação de metas realistas para a resolução ou atenuação do problema do paciente, escritas em termos comportamentais mensuráveis.
- 7) Intervenções e justificativas: descrição das atividades específicas que a enfermagem pode desempenhar para alcançar os resultados esperados.
- 8) Reavaliação: descrição das alterações do comportamento ou da condição do paciente, que demonstram que as metas foram alcançadas.

Convidamos você a comparar **Diagnóstico em Enfermagem** com outros livros dedicados ao planejamento da assistência. Acreditamos que você perceberá que nenhum outro oferece informações tão detalhadas e tão fáceis de usar. Além disso, achamos que, se você estiver procurando **precisão e profundidade clínicas**, criatividade e texto conciso em uma referência ao plano de assistência, não há nada melhor.

Comentário: Diagnóstico em Enfermagem deve ser substituído por avaliação, e fica bem mais adequado ao que é em verdade realizado: uma importante avaliação que orienta a programação da assistência de Enfermagem.

Lei dos biólogos e biomédicos

Decreto Federal 88.439, de 28/6/83, que regulamenta a Lei Nº 6.684, de 3/9/79

Da Profissão de biólogo. Art. 2º - (...), o biólogo poderá:

- I. formular e elaborar estudo, projeto ou pesquisa científica básica e aplicada, nos vários setores da Biologia ou a ela ligados, bem como os que se relacionem à preservação, saneamento e melhoramento do **meio ambiente**, executado direta ou indiretamente atividades resultantes desses trabalhos;

Da Profissão de biomédico. Art. 4º - Ao Biomédico compete **atuar em equipes de saúde, a nível tecnológico, nas atividades complementares de diagnósticos**.

Art. 5º - Sem prejuízo do exercício das mesmas atividades por outros profissionais igualmente habilitados na forma da legislação específica, o Biomédico poderá:

- I. **realizar análises físico-químicas e microbiológicas** de interesse para o saneamento do meio ambiente;
- II. **realizar serviços de radiografia, excluída a interpretação;**
- III. atuar, **sob supervisão médica**, em serviços de hemoterapia, de radiodiagnóstico e de outros para os quais esteja legalmente habilitado;
- IV. planejar a executar pesquisas científicas em instituições públicas e privadas, na área de sua especialidade profissional.

Art. 6º - Ficam criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Biomedicina - CFBM/CRBB com a incumbência de fiscalizar o exercício das profissões definidas nesta Lei.

Art. 12º - Compete ao Conselho Federal: XVIII. **definir o limite de competência no exercício profissional, conforme os currículos efetivamente realizados;**

Comentário: Está claramente exposto o que é comum aos paramédicos – a atividade complementar, em sua atuação na equipe, sob supervisão médica; não requisitam nem interpretam exames, não investigam doenças, não definem diagnósticos, indicação terapêutica, prognóstico ou alta.

Observe-se que tais leis que limitam os paramédicos são especialmente úteis se comparadas entre si, pois definem as atribuições e competências, limites e restrições de todas as profissões, caracterizando-as técnica e exatamente como auxiliares e complementares da atividade médica.

Assim, por força de lei, tais profissionais participam ampla e livremente das atividades de prevenção, educação e aperfeiçoamento da saúde e do desempenho das pessoas, mas de forma alguma possuem competência ou autonomia para abordar e intervir em termos de investigação ou terapêutica sobre pacientes (indivíduos com sinais e sintomas) sem prévia avaliação, diagnóstico, conclusão e indicação médica da eventual investigação ou terapia complementar a serem executadas.

Enfim, apesar de ocorrer em nosso país, e pretenderem seus conselhos legalizar essa prática, os para-médicos não podem se auto-referenciar pacientes, e dependem de indicação médica para intervir sobre pacientes.

Portaria nº 19 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho – emitida pelo Ministério do Trabalho em 9 de abril de 1998.

Promove alterações na Norma Reguladora NR-7, e seu anexo 1 versa sobre as “Diretrizes e parâmetros mínimos para a avaliação e acompanhamento da audição em trabalhadores expostos a níveis de pressão sonora elevados”. Dele destacam-se alguns itens:

2.2 Entende-se por exames audiológicos de referência e sequenciais o conjunto de procedimentos necessários para a avaliação da audição do trabalhador ao longo do tempo de exposição ao risco, incluindo: a) Anamnese clínico-ocupacional; b) Exame otológico; c) Exame audiométrico realizado segundo os termos previstos nesta norma técnica; d) Outros exames audiológicos complementares solicitados a critério médico.

3.3. O exame audiométrico será executado por profissional habilitado, ou seja, médico ou fonoaudiólogo, conforme resoluções dos respectivos conselhos federais profissionais.

5. Diagnóstico da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e definição da aptidão para o trabalho.

5.1. Diagnóstico conclusivo, o diagnóstico diferencial e a definição da aptidão para o trabalho, na suspeita de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, estão a cargo do médico coordenador do PCMSO de cada empresa ou do médico encarregado pelo mesmo para realizar o exame médico, dentro dos moldes previstos na NR 7 ou, na ausência deles, do médico que assiste ao trabalhador.

5.2 A perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, por si só, não é indicativa de inaptidão para o trabalho, devendo-se levar em consideração, na análise de cada caso, além do traçado audiométrico ou da evolução sequencial de exames audiométricos, os seguintes fatores: a) a história clínica e ocupacional do trabalhador; b) o resultado da otoscopia e de outros testes audiológicos complementares; c) a idade do trabalhador; d) o tempo de exposição pregressa e atual a níveis de pressão sonora elevados; e) os níveis de pressão sonora a que o trabalhador estará, está ou esteve exposto no exercício do trabalho; f) a demanda auditiva do trabalho ou da função; g) a exposição ocupacional a níveis de pressão sonora elevados; h) a exposição ocupacional a outro(s) agente(s) de risco ao sistema auditivo; i) a exposição não ocupacional a outro(s) agente(s) de risco ao sistema auditivo; j) a capacitação profissional do trabalhador examinado; k) os programas de conservação auditiva aos quais tem ou terá acesso o trabalhador.

6. Condutas Preventivas

6.1. Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.2. ou algum dos exames audiométricos sequenciais se enquadre no item 4.2.1. ou 4.2.2. ou 4.2.3., o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico deverá: a) definir a aptidão do trabalhador para a função, com base nos fatores ressaltados no item 5.2 desta norma técnica; b) incluir o caso no relatório anual do PCMSO; c) participar da implantação, aprimoramento e controle de programas de prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9; d) disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos trabalhadores.

6.2. Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.3 ou algum dos exames audiométricos sequenciais se enquadre nos itens 4.2.1. a, 4.2.1 b, 4.2.2.a, 4.2.2.b, 4.2.3.a ou 4.2.3.b, mas cuja evolução foge dos moldes definidos no item 2.1 desta norma técnica, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico deverá: a) verificar a possibilidade da presença concomitante de mais de um tipo de agressão ao sistema auditivo; b) orientar e encaminhar o trabalhador para ava-

liação especializada; c) definir sobre a aptidão do trabalhador para a função; d) participar da implantação, aprimoramento e controle de programas de prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9.

Comentário: O Ministério do Trabalho adota clara definição sobre qual profissional faz diagnóstico, atesta saúde ou doença e define conduta terapêutica ou de afastamento do trabalho: o médico.

15. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES (APLICADAS À FONAUDIOLOGIA)

- a) um fonoaudiólogo não é o profissional responsável por um exame – pois não pode solicitá-lo, e deve realizá-lo numa equipe de diagnóstico sob supervisão médica.
- b) um fonoaudiólogo não tem autonomia para requisitar exames ou concluir diagnósticos – é um profissional autônomo, mas tecnicamente auxiliar, pois faz exames solicitados por médicos e os remete aos médicos para sua conclusão diagnóstica e indicação terapêutica. Se o médico julgar que há indicação de terapia de reabilitação, estará encaminhando o paciente ao profissional paramédico de sua referência ou confiança.
- c) todo e qualquer exame deve ser solicitado e avaliado por médico. Como a Lei 6965/81 nada instrui sobre essa atribuição, os médicos não podem nem devem fazer exames solicitados por paramédicos nem considerá-los seguros ou confiáveis se foram feitos sem comprovação da supervisão de um médico na equipe de diagnóstico, prevista na Lei.
- d) apenas um médico pode assumir essa função de **responsável pelo diagnóstico**—a. A Lei menciona que o fonoaudiólogo pode participar da equipe de diagnóstico. Mantém-se óbvio que não poderá chefiar a mesma, pois o profissional responsável pelo diagnóstico **é o médico**.
- e) um fonoaudiólogo pode atuar numa equipe de diagnóstico (coordenada por médico) como, por exemplo, realizando uma audiometria. O fonoaudiólogo pode fazer o exame, mas há que ser realizado, somente se **requisitado por um médico** e para ser avaliado a seguir por **um médico**, não importando se atuam fisicamente próximos ou distantes, mas sim que **funcionem como uma equipe de diagnóstico**.

o contrário, os Conselhos de Fonoaudiologia pregam oficialmente que os pacientes com “distúrbios de audição, voz, fala, escrita – e mais os respiradores bucais e os com problema de deglutição”(1) procurem fonoaudiólogos inicialmente, aceitando e estimulando que sejam abordados e/ou tratados sem uma avaliação médica prévia e sem supervisão médica permanente, invertendo a ordem lógica e técnica de acesso ao sistema de saúde, criando uma rede de captação e encaminhamento a partir de entidades públicas e privadas, como secretarias de saúde, escolas e empresas

que contratam fonoaudiólogos para orientação e prevenção, mas de modo algum para diagnóstico e definição de conduta terapêutica – atribuições eminentemente médicas.

Tal distorção se oficializa com a criação de serviços públicos de voz e audição (“saúde vocal ou auditiva”), chefiados por fonoaudiólogos, funcionando independentemente de médicos, ao arrepio da Lei que deveriam ser os primeiros a cumprir.

Ainda persiste certa resistência em fixar e harmonizar atribuições e competências, limites e exclusões, caracterizada por atitudes que descumprem a lei e representam ousada tentativa de auto-liberação ou auto-regulação corporativista e incompatível com uma Sociedade que se organiza e aperfeiçoa cada vez mais de forma tão sábia quanto equânime, em benefício da melhor assistência à população.

Conforme a Lei, temos que:

O médico diagnostica enfermidades e síndromes, identifica e define a etiologia e a fisiopatologia de doenças, distúrbios, disfunções e seqüelas, e o fonoaudiólogo avalia os problemas de comunicação causados por tais disfunções (especificamente os distúrbios e as seqüelas).

O médico trata doenças, distúrbios e disfunções, e o fonoaudiólogo executa a terapia dessas disfunções.

O médico elabora laudos e atestados, o fonoaudiólogo emite parecer fonoaudiológico, restrito à área da comunicação oral e escrita, voz e audição.

O médico prescreve, indica ou realiza tratamento ou terapêutica de doenças e disfunções, e o fonoaudiólogo faz a terapia dessas disfunções.

O médico, por diagnosticar a existência das disfunções, define também o seu término ou cessação, e atesta a respectiva alta.

Ao médico cabe a indicação de terapia fonoaudiológica, e ao fazê-lo deve descrever, considerando a enfermidade e a disfunção por ele diagnosticada, quais sejam suas necessidades e intenções.

Ao fonoaudiólogo cabe determinar quais métodos e técnicas de seu domínio alcancem de forma mais rápida, segura e eficiente os objetivos determinados pelo médico.

Assim, o fonoaudiólogo não tem atribuição/competência para diagnosticar, pronunciar-se sobre enfermidades, doenças ou patologias, e somente sobre as técnicas de terapia fonoaudiológica para disfunções e seqüelas relacionadas à patologia definida pelo médico.

O fonoaudiólogo nunca deve realizar terapia sem ter o exame e indicação prévia pelo médico. Apesar de tecnicamente inadequado, nada impede expressamente, até o momento, que um cidadão busque inicialmente um fonoaudiólogo, mas deve-se frisar que este profissional não pode nem iniciar qualquer processo de terapia, nem realizar qualquer avaliação funcional que seja, sem obter, sempre antes, um laudo médico que se refira explicitamente à oportunidade de tal intervenção.

O fonoaudiólogo, por não ter competência legal para diagnosticar, não pode sequer definir se se trata ou não de um caso “funcional” ou “disfuncional” – e depende sempre do médico concordar com o início de terapia, assumindo formalmente sua indicação.

Assim, não compete ao fonoaudiólogo a prescrição de próteses auditivas, mas poderá orientar sua escolha e adaptação, se o médico o encaminhar para tal, ou o paciente assim escolher, após o laudo médico.

Cabe ao fonoaudiólogo participar da equipe que diagnostica as referidas enfermidades e disfunções, obviamente coordenada pelo profissional competente para fazê-lo (o médico), a quem cabe sempre essa definição nosológica e etiológica, e a definição de terapêutica, como por ex. no caso de reabilitação por prótese. A participação do fonoaudiólogo nessas equipes de diagnóstico, conforme a Lei, consiste na avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição.

Assim, todo e qualquer paciente que apresente problema de voz, fala, audição e linguagem, (e também casos de respiração bucal e distúrbios de deglutição) deverá sempre ser examinado e **obter um diagnóstico médico** que determine (ou não) o início de terapia fonoaudiológica.

Portanto, não existe diagnóstico fonoaudiológico, mas apenas, como cita a Lei, uma “avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição”, e a emissão de parecer. Ao fonoaudiólogo cabe desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área da comunicação escrita e oral, voz e audição.

A realização de terapia (e não tratamento) é feita mediante indicação médica, como parte de um programa de tratamento estabelecido pelo médico, entre outras medidas terapêuticas (medicamentosa, cirúrgica, etc.). Há indicação da aplicação de terapias, quando se deseja o alívio de determinados sinais e/ou sintomas, através de técnicas não invasivas, não medicamentosas, de “*re-orientação, instrução ou educação funcional*” ministradas por terapeuta qualificado e legalmente habilitado para tal. No que tange a sintomas vocais, auditivos, entre outros (definidos em lei), o fonoaudiólogo realiza procedimentos próprios de sua profissão e formação, em benefício do paciente, na condição técnica de auxiliar do médico.

Especificamente nos distúrbios auditivos, o profissional de Fonoaudiologia pode “**participar de equipes de diagnóstico**”, realizando a **avaliação** da comunicação oral e escrita, voz e audição”, sem entretanto firmar diagnóstico.

Quando o fonoaudiólogo executa uma audiometria, está de fato “avaliando” a comunicação, particularmente a audição. Porém, não está capacitado nem legalmente habilitado a indicar tratamentos (medicamentosos, cirúrgicos, métodos físicos, reabilitação com uso de órteses, próteses, aparelhos e acessórios) por serem estes decorrência natural do diagnóstico médico, sendo este quem os indica, podendo neles incluir a fonoterapia.

O que, equivocadamente, vem sendo denominado como “diagnóstico” fonoaudiológico nada mais é do que a descrição ou a citação de sinais ou sintomas, e na verdade, significam “avaliação fonoaudiológica”, que pode trazer importante contribuição ao diagnóstico, mas não é o diagnóstico em si.

O que, também inapropriadamente tem sido chamado de “tratamento” fonoaudiológico, é a descrição dos métodos e técnicas, não invasivas, que compõem a fonoterapia ou terapia fonoaudiológica (mais ampla).

Tais denominações errôneas como as citadas acabam por confundir os pacientes e até mesmo alguns médicos mal informados, no que tange às reais atribuições do fonoaudiólogo, sendo também objeto de desentendimento entre alguns profissionais.

Assim, a realização de exame audiométrico é ato médico compartilhado com o fonoaudiólogo, sob supervisão e responsabilidade exclusiva do médico.

Quando é um fonoaudiólogo que realiza o exame audiométrico, ele é apenas o **executante, como bem descrito na Portaria 19 do Ministério do Trabalho**, sendo a responsabilidade **sempre de um médico que deverá assinar o exame**. Por isso, exames realizados sem solicitação médica ou sem a aposição de assinatura do médico que supervisionou a execução (coordenador da equipe de diagnóstico), responsabilizando-se pelo resultado e suas implicações éticas e legais, devem ser sumariamente rejeitados e desconsiderados para uso médico.

O médico responsável tem obrigatoriamente de assinar o exame com o respectivo laudo. Em outras palavras, um médico não deve aceitar um exame de raios x com descrição assinada por técnico em radiologia ou por fonoaudiólogo que o tenha executado (!), sem conter o indispensável laudo do médico radiologista.

Por mais que o técnico possa “entender” de radiografias, ele não pode substituir ou assumir a responsabilidade do médico pelo exame. Com exames de deglutição ou audiometrias a situação é semelhante. Por mais que alguns fonoaudiólogos possam sentir-se ou serem induzidos por suas entidades a se julgarem “quase médicos”, não possuem registro no CRM nem cursaram a Faculdade de Medicina, e não podem ter as mesmas prerrogativas do médico.

O exame audiométrico é ato médico que pode ser compartilhado e não delegado a profissional não médico. E em sendo compartilhado, obrigatoriamente exige a supervisão do médico responsável, assim como a realização de uma radiografia ou tomografia onde o “tecnólogo em radiologia” seja um não-médico com curso superior.

Após a leitura crítica da Lei 6965/81, facilmente constatamos que somente um **médico** pode assumir o papel de diagnosticar e tratar das enfermidades e disfunções de garganta, deglutição, nariz, respiração alta, ouvidos, audição e equilíbrio; requisitar exames, avaliá-los, concluir, atestar (saúde e doença), indicar ou prescrever cuidados, repouso, tera-

pias, medicamentos e a realização de procedimentos ou cirurgias.

O **fonoaudiólogo** se define, conforme a Lei 6965/81 como o profissional de nível universitário que trabalha com a comunicação humana em vários aspectos, incluindo orientação preventiva, avaliação, aperfeiçoamento e terapia da voz e da fala.

Vários conselhos fiscalizadores dos profissionais auxiliares da área de saúde têm se manifestado contra o Projeto de Lei do Ato Médico, alegando terem direito de também ser “porta de entrada” do sistema de saúde. Tal proposição representa evidente risco para o cidadão-paciente, pois significa que uma pessoa que apresente sinais e sintomas, por exemplo, algum distúrbio da audição, da voz ou da deglutição, poderia ser encaminhado ou sugerido que procurasse um fonoaudiólogo, e não necessariamente um médico, para obter um diagnóstico, propagando-se neologismos tais como “diagnóstico fonoaudiológico”, “audiológico”, “funcional” ou “fisiológico”.

Fonoaudiólogos, segundo a Lei que mui sabiamente os rege, “emitem parecer a respeito das...”, e somente descrevem alguns sinais e sintomas, de forma limitada e restrita às suas atribuições. Daí, não podem solicitar exames, e o início de terapia depende de que um médico assuma a responsabilidade pelo diagnóstico e pela indicação para cada caso.

Sua “autonomia de ação fonoaudiológica” sobre o paciente se restringe à escolha de técnicas e métodos de reabilitação. Não prevê a Lei 6965/81 a solicitação de exames, emissão de diagnóstico ou determinação de conduta terapêutica.

Logo, fica claro que sua “participação em uma equipe de diagnóstico” não significa “fazer diagnóstico” (ato médico), e muito menos comandar tais atos, recebendo pacientes diretamente, solicitando exames e definindo condutas, pois não lhes cabe diagnosticar, segundo a lei e o ordenamento técnico e lógico da equipe de saúde.

A Lei 6995/81 foi bem concebida pelo legislador que, ciente da existência milenar da Medicina, cuidou para que não houvesse sobreposição de funções ao criar mais uma das profissões auxiliares e complementares na área da saúde. Não poderia o Congresso, de sã consciência, instigar em seu texto legal disputas de mercado ou conflitos de interesses, que só levariam à confusão entre profissões em prejuízo do maior interessado, o paciente.

Assim foi criada a Fonoaudiologia, a partir da Medicina e de outras profissões, em especial da instrução e orientação de médicos foniатras, audiolóгistas, neurologistas, psiquiatras e pediatras, entre outras especialidades, que entenderam a necessidade de contarmos com a contribuição, hoje inestimável, de uma nova profissão que se dedica especificamente à prevenção (instruções) e ao auxílio no diagnóstico, realizando alguns exames não invasivos, e ao complemento terapêutico, através de técnicas de reabilitação (tera-

pias e readaptações).

Não teve o legislador, entretanto, como prever a manipulação de seu texto legal por parte de alguns que tentam negar a Medicina como sendo o todo e a Fonoaudiologia como uma parte. Há, portanto, que se reforçar o relevante papel exercido por várias especialidades médicas que geraram e circundam essa profissão, exercendo, em resguardo da legalidade de sua prática, o ato diagnóstico e a indicação terapêutica.

Em tese, a Medicina dispensa uma Lei que lhe defina ou limite, exatamente por que a Ciência Médica utiliza **todos os recursos a seu alcance** para preservar e restaurar a saúde, da amputação à lobotomia, da droga na veia à radioterapia, da palição à cura, e assim por diante, sem limites.

O médico atende cidadãos que o procuram com queixas a respeito de sua saúde, vagas ou objetivas, localizadas ou sistêmicas, desejando saber se estão doentes ou de fato saudáveis. Enfim, deve e pode fazer tudo para que cessem os sinais e sintomas que os pacientes apresentam – *“curar quando possível, aliviar quando não for possível curar e consolar quando não for possível sequer aliviar”*.

Entretanto, ressalvada qualquer pretensão de divindade, o ser médico representa grande abrangência, mas deve acatar alguns limites à sua intervenção (além dos decorrentes de desconhecimentos), que surgem justamente quando pretenda atuar fora do **estrito campo de diagnóstico e indicação de terapêutica de pacientes com sinais e sintomas**, como por exemplo na forma das restrições e limitações ao médico – sabiamente emanadas, no caso, da Plenária do Consenso Nacional sobre Voz Profissional (2001-04):

1. É restrita ao médico especialista em Medicina do Trabalho, no desempenho de sua atividade para o empregador, a definição da aptidão ou inaptidão do trabalhador para o exercício da ocupação para a qual foi indicado.
2. Deverá intervir em situações não-emergenciais, clínicas ou cirúrgicas, somente quando se sinta capacitado técnica e profissionalmente para atuar, exceto nos casos emergenciais;
3. Deve respeitar, nos limites das leis que regulamentam as respectivas profissões, as prerrogativas de profissões complementares envolvidas na reabilitação do paciente, considerando seus pareceres na realização de determinados procedimentos (exames, métodos e técnicas de terapia), ao elaborar o diagnóstico e ao atestar alta, aptidão ou incapacidade para o trabalho e a existência ou persistência de limitações, seqüelas ou disfunções;
4. Evitar realizar terapia da voz, a não ser que esteja habilitado ou treinado neste campo;
5. Não indicar terapia por profissionais não habilitados no manejo dos problemas de comunicação;
6. Abster-se de instruir sobre técnicas de Canto, a não ser que tenha experiência para tal e/ou em casos de lesões

potencialmente relacionadas ou agravadas por tais métodos;

7. Não opinar sobre as perspectivas profissionais ou artísticas, seja de um cantor, ator, locutor ou qualquer profissional da voz, a não ser que tenha treino e experiência para tal e/ou em caso de deficiências ou limitações mais severas e lesões ou enfermidades potencialmente relacionadas ou agravadas por sua atividade;
8. Não declarar, em especial a um profissional artístico da voz, que ele não terá, no futuro, condições de manter sua carreira em decorrência de alterações vocais, a não ser que tenha treino e experiência para tal e/ou em caso de doenças graves ou de mau prognóstico que afetem ou impeçam futuramente sua fonação, quando então o paciente deverá ser informado..

Entretanto, tais conceitos vitais à Saúde Pública estão sob ameaça quando um Conselho de profissão tecnicamente auxiliar e/ou complementar se anuncia como profissão autônoma e independente!

Vejam os a Enfermagem, que se limita essencialmente a executar a prescrição do médico. Nenhum ato de enfermagem que signifique intervenção terapêutica sobre um paciente com sinais e sintomas pode ser realizado sem que um médico o tenha indicado ou permitido – e assuma a responsabilidade pelas consequências de tal ato, (exceto sob risco de vida). Não cabe ao enfermeiro, mesmo tendo nível superior, definir essa questão nem assumir a responsabilidade pelas consequências. Se o médico indicar ou permitir, poderá ser feito, se o médico contra-indicar, não poderá ser feito.

Esta questão hierárquica, frise-se, é técnica e não política, ideológica ou corporativista, como podem algum supor ou vir a crer.

Da mesma forma na Fisioterapia e na Fonoaudiologia. Alguns podem sugerir que possam os fonoaudiólogos agir de forma diversa, drenando pacientes de escolas diretamente para terapia, sem passarem por avaliação médica, pediátrica, neuro-pediátrica ou otorrinolaringológica, e que possam atuar em postos de saúde e hospitais, atendendo e definindo condutas, solicitando exames, opinando sobre cirurgias, retirada de sondas, protetização etc., sem o imprescindível aval médico. Este erro, por todo o acima exposto, é tão grave quanto inaceitável.

Por fim, numa análise meramente técnica e sumária, entendemos que:

Não se pode indicar ou iniciar terapia para um paciente (pessoa com sinais e sintomas) sem dispor de um diagnóstico médico prévio.

Não se pode realizar terapia alguma sem prévia indicação médica.

Não se pode intervir sobre um paciente (exceto em situações de risco de vida) sem que um médico diga antes do que se trata o caso, qual seja o diagnóstico e defina se a indicação terapêutica é medicamentosa, cirúrgica ou uma terapia complementar.

Não estará seguro e isento de risco um paciente (pessoa com sinais e sintomas) que procure um paramédico – fonoaudiólogo ou fisioterapeuta e seja por ele assumido sem passar antes por um médico.

Um paramédico não pode se responsabilizar pelo diagnóstico e pelo ato de definir a existência (ou não) de doenças.

Um fonoaudiólogo, segundo determina a Lei 6965/81, de fato não pode assumir ou realizar tais funções.

Portanto, afirmamos que não se deve admitir que um paciente seja submetido a qualquer intervenção, exame ou terapia, sem que antes seja ouvido, examinado e receba um diagnóstico médico. Todo cidadão deve ser instruído a exigir o melhor e mais completo atendimento, que inclui o ato médico. Este é o dever ético – a ser mais bem cumprido por todos os profissionais de saúde.

Com ênfase, concluímos que os médicos, sucessores de uma profissão milenar como a Medicina, não devam nem possam se deixar iludir por articulações e agitações que tentam se sobrepor a fatos, conhecimentos, vivências e textos tão claros, construídos em benefício dos pacientes e da saúde dos cidadãos como um todo – objetivo essencial e perene de nossos serviços.

Finalmente, relembremos o pronunciamento supracitado do Ministro Moreira Alves, voto vencedor no Supremo Tribunal Federal, que fundamenta a decisão então proferida – há 20 anos:

“(…) O que, na realidade, está ocorrendo em nossos dias, em áreas como a da Medicina, não é apenas a especialização em certos campos, pois a especialização é um *plus* em face do conhecimento geral necessário que será aprofundado por ela num dos setores desse conhecimento, mas também – o que é diverso – a **criação de cursos mais restritos e de menor duração**, para formação de profissionais, dentro de um dos ramos do saber, de **limites mais restritos, e por isso mesmo dependentes dos de formação integral** (...)”

Na saúde humana, o inter-relacionamento orgânico do corpo humano o caracteriza como um todo, indivisível. **Somente o médico tem formação para diagnosticar, avaliar, prognosticar, prescrever, programar, dosar e até executar toda e qualquer técnica que vise ao bem estar e recuperação da saúde humana.**

Profissões como as de terapeutas (...) **a lei restringe, no terreno médico, à execução de métodos e técnicas prescritas pelo profissional de formação completa, que é o médico** (...) este profissional de for-

mação completa que é o responsável pelo todo indivisível, que é a saúde do paciente, e que, apenas, **é auxiliado por tais profissionais de capacidade mais restrita**".

Esta interpretação firmada pelo Supremo Tribunal Federal, em sua perfeita exegese dos textos legais e da lógica histórica e técnica das profissões, há duas décadas define bem a questão, e os autores entendem que caiba a todos os profissionais, médicos e não médicos, conhecer, defender e cumprir, em prol da mais clara e harmônica atuação e relação profissional, que saiba e consiga de fato priorizar a boa assistência que todos os agentes têm

o dever e a responsabilidade de prestar aos cidadãos e pacientes.

A partir dessa interpretação, os autores formularam, como contribuição ao Projeto de Lei 25/02 que se encontra em tramitação no Senado Federal, um texto alternativo (Apêndice 6), que contempla na íntegra quais sejam as atribuições exclusivas do profissional médico, e que, conforme acima demonstrado, em nada atingem e muito menos prejudicam as funções previstas na lei, na prática, nos costumes e na técnica para os demais agentes atuantes na Área de Saúde.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICO-FACIAL

Av. Indianópolis 740 - Moema - São Paulo SP CEP 04062-001

Tel (11) 5052-9515 e fax (11) 5052-1025 E-mail: sborl@sborl.org.br Portal: www.sborl.org.br

SOCIEDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Rua Santa Clara 50 sala 814 - Copacabana - Rio de Janeiro RJ CEP 22041-010

Tel-fax (21) 2235-0145 e 2235-2312 E-mail: sorl@orl.org.br Portal: www.orl.org.br

SOCIEDADE MÉDICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rua Jornalista Orlando Dantas 58 - Botafogo - Rio de Janeiro RJ CEP 22231-010

Tels (21) 2554-6216 E-mail: somerj@somerj.com.br Portal: www.somerj.com.br

Apêndice 1

A respeito da Liberdade - citações e motivações para o texto:

Não somos livres neste mundo, subjugados por nossas paixões e pelas emoções de outras pessoas, ao ponto de nos esquecermos das exigências de nosso intelecto. Se queremos realmente ser livres, só o poderemos ser por intermédio de nosso intelecto.

Leon Nikolaievitch Tolstoi, escritor russo (1828-1910).

Não há excesso de liberdade se aqueles que são livres são responsáveis. O problema é liberdade sem responsabilidade.

Milton Friedman, economista americano (1912-...).

O homem livre é senhor de sua vontade e somente escravo de sua consciência.

Aristóteles, filósofo grego (384-322 AC).

O intelecto anula o destino. Quem raciocina é livre.

Ralph Waldo Emerson, filósofo e poeta americano (1803-1882).

Liberdade é o direito de fazer algo que não prejudique a outrem.

Henri Lacordaire, sacerdote e orador francês (1802-1861).

Liberdade consiste em fazer o que se deve e não o que se quer.

Don Ramón de Campoamor, poeta espanhol, (1817-1901).

Apêndice 2

Medicina e outras profissões da Área de Saúde - Ensaio comparativo abordando os vestibulares de cinco Universidades Federais que adotam provas idênticas para todos os candidatos:

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Vestibular 2003

Relação candidato-vaga e pontuações máxima e mínima

UFRJ - Cursos da Área de Saúde	Número de Candidatos	Relação Candidato/Vaga	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima
Ciências Biológicas Mod. Médica	453	19,34	37,96	46,06
Ciências Biológicas	1.413	11,45	23,89	48,32
Enfermagem e Obstetrícia	948	9,93	24,19	41,45
Farmácia	935	7,51	29,98	47,69
Fisioterapia	906	15,51	28,42	44,05
Fonoaudiologia	329	4,24	20,66	37,32
Medicina	4.398	33,36	43,99	50,86
Microbiologia e Imunologia	218	7,89	29,60	46,51
Nutrição	688	11,97	27,67	42,60
Odontologia	710	12,90	34,74	45,85

Comentário: o número de candidatos para a Medicina alcança mais de 40% do total de inscritos; a procura ou concorrência é 8 vezes maior do que para a Fonoaudiologia, mais de 3 vezes superior à de Enfermagem e 2 vezes superior à de Fisioterapia. Os últimos colocados para Medicina passariam entre os primeiros de todas as demais áreas da saúde. Nenhum dos candidatos à Fonoaudiologia entraria para Medicina e somente alguns dos primeiros colocados das demais áreas entrariam para Medicina. Observe-se que todos têm nota mínima muito inferior à nota mínima para Medicina.

2. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina - Vestibulares 2002 e 2003

Comparativo Relação Candidato-Vaga 2002 a 2004:

Curso	Unifesp 2002			Unifesp 2003			Unifesp 2004		
	Inscritos	Vagas	Relação C/V	Inscritos	Vagas	Relação C/V	Inscritos	Vagas	Relação C/V
Medicina	13.669	110	124,3	9.785	110	89,0	9.483	110	86,2
Ciências Biológicas - modalidade médica	2.229	30	74,3	1.887	30	62,9	1.665	30	55,5
Fonoaudiologia	676	33	20,5	607	33	18,4	506	33	15,3
Enfermagem	1.552	80	19,4	1.602	80	20,0	1.377	80	17,2
Tecnologia Oftálmica	187	20	9,4	229	20	11,5	166	20	8,3
Treineiros	213			147			156		
Total Geral	18.526	273	67,1	14.257	273	51,7	13.353	273	48,3

Comentário: o número de candidatos para a Medicina alcança mais de 60% do total de inscritos e a procura ou concorrência é de cinco a seis vezes maior do que para Fonoaudiologia ou Enfermagem.

Relação do primeiro e último candidato matriculado em cada curso:

Curso		Primeiro Matriculado		Último Matriculado		Totais	
		Classificação Final	Nota	Classificação Final	Nota	Classificados	Matriculados
Ciências Biológicas modalidade médica	2002	3	73,93	63	64,47	1850	30
	2003	3	68,70	96	56,45	1505	30
Enfermagem	2002	1	63,22	167	43,41	1268	80
	2003	1	63,44	173	37,68	1173	80
Fonoaudiologia	2002	5	59,54	78	46,08	571	33
	2003	2	56,74	73	38,34	482	33
Medicina	2002	13	79,86	232	73,13	11410	110
	2003	3	79,62	229	67,80	8002	110
Tecnologia	2002	3	57,20	45	39,14	158	20
Oftálmica	2003	4	49,86	46	33,28	173	20

Comentário: os últimos colocados para Medicina passariam entre os primeiros de todas as demais áreas da saúde. E somente alguns dos primeiros colocados para Biologia entrariam para Medicina. Observe-se que todos têm nota mínima muito inferior à nota mínima para Medicina.

3. Universidade Federal de Minas Gerais - Vestibular 2003:

Relação candidato / vaga conforme o Curso:

UFMG Vestibular 2003	CANDIDATOS INSCRITOS			OPÇÃO DE LÍNGUA			VAGAS	CAND/VAGA
	TOTAL	MASC	FEM	ESP	FRA	ING		
CIENCIAS BIOLOGICAS DIURNO	2.142	688	1.454	933	15	1.194	80	26,77
CIENCIAS BIOLOG. NOTURNO(LIC.)	875	304	571	557	13	305	40	21,87
EDUCACAO FISICA	2.797	1.581	1.216	1.749	27	1.021	110	25,42
ENFERMAGEM	2.872	365	2.507	1.860	52	960	96	29,91
FARMACIA	2.840	714	2.126	1.434	35	1.371	132	21,51
FISIOTERAPIA	2.121	419	1.702	1.068	16	1.037	60	35,35
FONOAUDIOLOGIA	702	51	651	426	7	269	50	14,04
MEDICINA	9.725	3.861	5.864	2.883	101	6.741	320	30,39
ODONTOLOGIA	1.953	522	1.431	975	19	959	120	16,27
PSICOLOGIA	3.157	563	2.594	1.647	37	1.473	132	23,91
TERAPIA OCUPACIONAL	1.551	84	1.467	959	16	576	60	25,85

Comentário: a concorrência para Medicina só é superada pela de Fisioterapia, mas o número de candidatos para Medicina é de quatro vezes maior e o número de vagas é mais de cinco vezes superior.

Notas máximas e mínimas conforme o Curso:

UFMG Vestibular 2003	PRIMEIRA ETAPA			SEGUNDA ETAPA		
	TOTAL	MIN	MAX	TOTAL	MIN	MAX
CIENCIAS BIOLOGICAS DIURNO	254	83	108	80	208,00	240,80
CIENCIAS BIOLOG. NOTURNO (LIC.)	117	72	104	40	183,80	234,20
EDUCACAO FISICA	333	67	99	110	170,00	239,60
ENFERMAGEM	303	72	104	96	187,80	239,20
FARMACIA	419	78	106	132	205,00	244,00
FISIOTERAPIA	184	80	107	60	207,40	244,20
FONOAUDIOLOGIA	164	65	98	50	174,00	217,40
MEDICINA	973	98	115	320	236,60	261,80
ODONTOLOGIA	362	72	101	120	182,80	227,60
PSICOLOGIA	298	72	107	132	168,00	223,40
TERAPIA OCUPACIONAL	189	68	99	60	172,00	231,60

Comentário: os últimos colocados para Medicina passariam entre os primeiros de todas as demais áreas da saúde. E somente alguns dos primeiros colocados para Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia entrariam para Medicina. Observe-se que todos têm nota mínima muito inferior à nota mínima para Medicina. As piores notas são as dos candidatos aprovados para Fonoaudiologia.

4. Universidade Federal do Paraná - Vestibulares 2001-2002-2003

Média por Curso na Área de Saúde:

Primeiro	2001		2002		2003	
	Último	Primeiro	Último	Primeiro	Último	
Ciências Biológicas (MTN)	7.452	5.110	7.684	4.969	7.722	5.580
Educação Física (MT)	7.072	4.462	6.064	4.032	6.514	4.570
Enfermagem (MT)	6.433	4.468	6.259	4.390	6.394	4.797
Farmácia (MT)	7.200	5.440	7.634	5.203	7.411	5.712
Medicina (MT)	8.639	7.081	8.368	7.107	8.661	7.363
Medicina Veterinária – Ctba. (MT)	7.135	5.406	7.346	5.396	7.274	5.672
Medicina Veterinária – Palot. (MT)	5.812	4.381	5.674	4.128	7.024	4.284
Nutrição (MT)	7.272	4.959	6.661	4.703	6.872	5.159
Odontologia (MT)	7.495	5.682	7.077	5.394	7.763	5.726
Zootecnia (MT)	5.716	3.872	5.279	3.661	6.213	4.287
Terapia Ocupacional (MT)	6.083	4.890	5.794	4.310	7.168	4.919

Comentário: os últimos colocados para Medicina passariam entre os primeiros de todas as demais áreas da saúde. E somente alguns dos primeiros colocados para Biologia, farmácia, Medicina Veterinária, Nutrição e Odontologia entrariam para Medicina. Observe-se que todos têm nota mínima muito inferior à nota mínima para Medicina.

Relação Candidato-vaga:

Curso (Turno) (M = Manhã / T = Tarde / N = Noite)	C	2001		C	2002		C	2003	
		V	C/V		V	C/V		V	C/V
Ciências Biológicas (MTN)	1132	100	11,32	1243	100	12,43	1447	100	14,47
Educação Física (MT)	1591	120	13,26	1534	120	12,78	1679	120	13,99
Enfermagem (MT)	707	55	12,85	930	55	16,91	850	55	15,45
Farmácia (MT)	1360	108	12,59	1508	108	13,96	1446	108	13,39
Medicina (MT)	4936	176	28,05	5828	176	33,11	5556	176	31,57
Medicina Veterinária – Ctba. (MT)	870	48	18,13	1018	48	21,21	929	48	19,35
Medicina Veterinária – Palot. (MT)	672	60	11,20	629	60	10,48	650	60	10,83
Nutrição (MT)	1081	66	16,38	1158	66	17,55	1178	66	17,85
Odontologia (MT)	1311	92	14,25	1385	92	15,05	1238	92	13,46
Zootecnia (MT)	239	45	5,31	386	45	8,58	327	45	7,27
Terapia Ocupacional (MT)	688	30	22,93	301	30	10,03	502	30	16,73

5. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Vestibular 2004

Nº de Acertos e Médias do Primeiro e Último Classificado por Curso - 1ª Opção

Obs: as provas são idênticas para todos os candidatos. Em negrito assinala-se as profissões da área de saúde

Área de Saúde	Primeiro colocado	Último colocado
Biomedicina	722,52	722,52
Ciências Biológicas	697,27	697,27
C. Biológicas Modal Médica-FFFCMPA	708,90	708,90
Educação Física - Licenciatura	656,50	656,50
Enfermagem	642,65	642,65
Farmácia	721,09	721,09
Medicina - FFFCMPA 88 vagas	810,63	810,63
Medicina - UFRGS 140 vagas	783,35	783,35
Nutrição - FFFCMPA	663,74	663,74
Nutrição - UFRGS	673,22	673,22
Odontologia	723,31	723,31
Psicologia	737,97	737,97

Comentário: os últimos colocados para Medicina passariam entre os primeiros de todas as demais áreas da saúde. E poucos dos primeiros colocados de algumas das demais áreas da saúde entrariam para Medicina.

Médias do Primeiro e Último Classificado por Curso (as provas são idênticas)

Área	Primeiro colocado	Último colocado	Área	Primeiro colocado	Último colocado
Administração - Diurno	721,77	590,29	Engenharia Elétrica	786,79	601,49
Administração – Noturno	739,36	574,88	Engenharia Mecânica	704,88	550,44
Administração – Noturno	739,36	574,88	Engenharia Metalúrgica	700,16	513,86
Agronomia	669,44	505,84	Engenharia Química	693,37	581,91
Arquitetura e Urbanismo	756,13	604,74	Estatística	613,77	501,60
Arquivologia - Noturno	599,52	491,36	Farmácia	723,89	599,31
Artes Cênicas Bacharelado	618,52	539,83	Filosofia	670,81	514,39
Artes Plásticas	629,23	508,67	Física	735,76	519,70
Biblioteconomia	601,20	406,18	Física - Lic - Noturno	611,75	519,84
Ciência da Computação	760,26	616,12	Geografia - Diurno	652,20	539,58
Ciências Atuariais Noturno	680,60	538,56	Geografia - Noturno	651,64	529,64
Ciências Biológicas	725,53	597,69	Geologia	658,71	490,80
Ciências Contábeis - Noturno	706,59	527,24	História - Diurno	707,34	579,92
Ciências Econômicas	756,38	548,59	História - Noturno	698,86	575,39
C Jur/Soc - Direito Diurno	741,38	659,49	Letras - Bacharelado	691,17	528,98
C Jur/Soc - Direito Noturno	733,35	649,54	Letras - Licenciatura	703,42	534,90
C Sociais - Diurno	648,52	513,98	Matemática - Bacharelado	697,51	477,20
Ciências Sociais - Noturno	673,96	517,74	Matemática - Lic - Diurno	678,69	471,35
Com. Social - Jornalismo	703,88	619,28	Matemática - Lic - Noturno	620,25	491,49
Com. Social - Public/Propag	682,53	608,81	Medicina - FFCMPA	775,52	706,23
Com. Social - Rel Públicas	665,86	562,16	Medicina - UFRGS	771,18	694,49
Ed. Artíst Lic Artes Cênicas	599,04	515,39	Medicina Veterinária	679,70	582,66
Educação Física – Licenc	657,54	514,13	Música	668,94	475,97
Enfermagem	729,49	547,91	Nutrição	666,06	567,55
Eng Cartográfica - Noturno	722,29	524,01	Odontologia	752,44	634,32
Engenharia Civil	743,93	529,35	Pedagogia	666,26	482,46
Engenharia da Produção	709,86	576,30	Psicologia	719,06	624,76
Engenharia de Alimentos	674,09	580,28	Química	742,82	527,97
Engenharia de Computação	806,02	657,76	Química - Lic - Noturno	635,79	525,88
Engenharia de Materiais	699,25	552,58	Química Industrial	703,68	552,72
Engenharia de Minas	641,95	403,85			

Comentário: Os últimos colocados para Medicina passariam entre os primeiros de todas as demais áreas da saúde. E poucos dos primeiros colocados de algumas das demais áreas da saúde entrariam para Medicina. Observe-se que todas as áreas têm nota máxima próxima a da Medicina, e todos tem nota mínima muito inferior à nota mínima para Medicina. Os últimos colocados em Medicina estariam entre os primeiros de todas as áreas. E poucos dos primeiros colocados de algumas áreas entrariam para Medicina. Os últimos em Medicina obtiveram nota pouco acima de 7,0; nas demais áreas, com raras exceções, as notas mínimas estão bem abaixo de 6,0.

6. Universidade Federal de Pernambuco - Vestibular 2004

RAZÃO CANDIDATO-VAGA:

Nome do Curso	UFPE Vagas	Razão
Ciências Biológicas - C. Ambientais	50	5,22
Ciências Biológicas - Bacharelado	100	9,51
Ciências Biológicas - Licenciatura	50	6,52
Ciências Biomédicas	100	9,84
Enfermagem e Obstetrícia	80	21,24
Farmácia	80	10,79
Fisioterapia	60	21,97
Fonoaudiologia	20	6,70
Medicina	140	26,44
Nutrição	60	15,25
Odontologia	100	12,41
Psicologia	80	13,40
Terapia Ocupacional	30	8,10
Educação Física	120	12,66

Comentário: a procura / concorrência para Medicina é cerca de quatro vezes maior do que para Fonoaudiologia.
MAIOR E MENOR DESEMPENHO POR CURSO - 2ª ETAPA

2ª ETAPA		
NOME DO CURSO	MAIOR	MENOR
CIÊNC BIOLÓGICAS / C. AMBIENTAIS	7,1413	4,4788
CIÊNC BIOLÓGICAS / BACH	7,8341	5,4590
CIÊNC BIOLÓGICAS / LIC.	6,8772	4,6897
CIENCIAS BIOMÉDICAS	7,9142	5,7286
ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA	8,0448	5,6833
FARMÁCIA	7,9140	5,7642
FISIOTERAPIA	8,0209	6,7404
FONOAUDIOLOGIA	6,2904	5,1445
MEDICINA	9,4902	8,2285
NUTRIÇÃO	7,7303	5,4284
ODONTOLOGIA	8,5133	6,3279
PSICOLOGIA	7,1834	5,1434
TERAPIA OCUPACIONAL	7,4256	4,9082
EDUCAÇÃO FÍSICA	6,4515	4,6824
CIENC BIOLÓGICAS/BACH/UFRPE	6,1514	4,5136
CIENC BIOLÓGICAS/LIC./UFRPE	5,9563	4,3689

Comentário: os últimos colocados para Medicina seriam os primeiros das demais áreas da saúde, exceto Odontologia, e somente alguns destes entrariam para Medicina. Observe-se que todos têm nota mínima muito inferior à nota mínima para acessar a Medicina.

Principais diferenças entre os Cursos e especializações em Medicina e Fonoaudiologia

Medicina	Fonoaudiologia
Pontuação mínima 43,99 e máxima 50,86 no vestibular da UFRJ 2003.	Pontuação mínima 20,66 e máxima 37,32 no vestibular da UFRJ 2003.
Duração: 6 anos em horário integral.	4 anos em turno (manhã OU tarde OU noite).
Residência Médica: em ORL são 3 anos em horário integral com plantões semanais, 60 horas semanais, totalizando 7.920 horas .	Pós-graduação: 2 x por semana, diurno ou noturno, ou quinzenal, dependendo da especialização, totalizando no máximo 664 horas .
Registro no CRM e Provas para obtenção do título junto à ABORL-Sociedade/AMB, mesmo tendo completado Residência Médica.	Registro no CFFa e reconhecimento automático ao final do curso, em geral após monografia.

Apêndice 3

1. RESOLUÇÃO CREMERJ N. 121/98

Define “Ato Médico”, enumera critérios e exigências para o exercício da profissão médica e dá outras providências.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268/57, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica, instituído pela Resolução CFM n. 1.246/88, disciplina o exercício da profissão médica e delimita direitos, deveres e responsabilidades e ela concernentes;

CONSIDERANDO que a Lei n. 3.268/57 confere aos Conselhos Regionais a fiscalização do exercício profissional da Medicina;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal determina “que é livre o exercício de qualquer profissão, ofício ou trabalho, observadas as condições de capacidade que a lei estabelecer”;

CONSIDERANDO que as consequências decorrentes do ATO MÉDICO são da exclusiva responsabilidade do médico;

CONSIDERANDO que as diversas categorias profissionais de saúde não estão tecnicamente capacitadas para a execução do ATO MÉDICO;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 25 de março de 1998,

RESOLVE:

Art. 1º - ATO MÉDICO é a ação desenvolvida visando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das alterações que possam comprometer a saúde física e psíquica do ser humano.

§ 1º - ATO MÉDICO exige, para a sua execução, a graduação em Medicina em curso reconhecido pelo Ministério da Educação e Desporto e a inscrição no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - Cabe, exclusivamente, ao médico a realização de consulta médica, a investigação diagnóstica e a terapêutica.

§ 3º - Todos os documentos emitidos, decorrentes da ação desenvolvida pelo profissional médico, assim como os resultados de exames complementares para elucidação diagnóstica, o atestado de saúde, de doença e de óbito, são compreendidos como integrantes do ato médico.

§ 4º - As demais atividades de assistência à saúde, na prevenção, no auxílio diagnóstico ou terapêutico e na reabilitação, constituem complemento à prática médica, como também os programas específicos do Ministério da Saúde disciplinados em lei.

§ 5º - Os exames médico-legais são de exclusiva competência do médico.

Art. 2º - É vedado ao médico atribuir ou delegar funções de sua exclusiva competência para profissionais não habilitados ao exercício da Medicina.

Art. 3º - Os médicos dirigentes de serviços de saúde, públicos ou privados, serão responsabilizados nos termos do Código de Ética Médica quando, por ação ou por omissão, permitirem a prática de ato médico por outros Profissionais de Saúde.

Art. 4º - A infração ao disposto nesta Resolução configura exercício ilegal da Medicina.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 25 de março de 1998.

Consº. Mauro Brandão Carneiro - Presidente

Consº. José Ramon Varela Blanco - 1º Secretário

(Publicado no D.O.E. em 01/06/98)

2. RESOLUÇÃO CREMESC Nº 042/98

Define “ato médico”, enumera critérios e exigências para o exercício da profissão médica e dá outras providências.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Nº 3.268, de 30 de Setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de Julho de 1958, e

CONSIDERANDO, que o Código de Ética Médica, instituído pela Resolução CFM nº 1.246/88, disciplina o exercício da profissão médica e delimita direitos, deveres e responsabilidades a ela concernentes;

CONSIDERANDO, que a Lei Nº 3.268/57 confere aos Conselhos Regionais a fiscalização do exercício profissional da Medicina;

CONSIDERANDO, que a Constituição Federal deter-

mina que “é livre o exercício de qualquer profissão, ofício ou trabalho, observadas as condições de capacidade que a lei estabelecer”;

CONSIDERANDO, que as consequências decorrentes do ATO MÉDICO são da exclusiva responsabilidade do médico;

CONSIDERANDO, que as demais categorias profissionais de saúde não estão tecnicamente capacitadas para a execução do ATO MÉDICO;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 08./10/1998.

RESOLVE:

Art. 1º - Ato médico é ato profissional, exclusivo, realizado por quem está habilitado para exercer a medicina e procura estabelecer o(s) diagnóstico(s), prevenção e tratamento das doenças humanas.

Parágrafo primeiro: O ato médico objetiva identificar o diagnóstico, sindrômico, anatômico, fisiológico, e etiológico das doenças humanas, tratá-las, manter e recuperar a saúde dos indivíduos, reabilitando-os ou habilitando-os para suas atividades e reintegrando-os à sociedade.

Parágrafo segundo: O ato médico se caracteriza por: anamnese, exame físico, ou psíquico, formulação de hipótese diagnósticas ou de diagnósticos, indicação, análise ou realização de exames complementares, formulação e prescrição terapêutica.

Parágrafo terceiro: O ato médico utiliza para sua consecução conhecimentos, técnicas e procedimentos aceitos como científicos e éticos, aprendidos nos cursos de graduação, especialização e de atualização em medicina.

Parágrafo quarto: O tratamento das complicações e os atestados médicos fazem parte do ato médico.

Art. 2º - O ato médico é o cerne da profissão médica, sendo sua prática e seu ensino privativos de médico.

Art. 3º - O ato médico somente será lícito se for necessário e praticado por profissional graduado em escola médica reconhecida oficialmente e onde tenha cursado, fundamentalmente, as disciplinas de anatomia, e fisiologia humanas; microbiologia, parasitologia e farmacologia médicas; patologia geral, anatomia e fisiologia patológicas; medicina preventiva e social; semiologia, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, gineco-obstetrícia, psiquiatria, terapêutica médica e ética médica.

Parágrafo primeiro: Serão lícitos os atos médicos praticados por médico nacional ou estrangeiro, graduado no país ou no exterior que tenham seus diplomas reconhecidos na forma do ordenamento jurídico em vigor.

Parágrafo segundo: Para que possa exercer o ato médico, todo graduado em medicina deverá habilitar-se perante o Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde exerce sua atividade.

Art. 4º - No seu mister o médico poderá ser auxiliado por outros profissionais da área da saúde ou de outras, sen-

do sempre o responsável pelo ato médico praticado pela equipe.

Art.5º - Cabe exclusivamente ao médico a realização de consultas com fins diagnósticos e terapêuticos de doenças humanas agudas ou crônicas, ou com fins profiláticos e/ou de prevenção.

Art.6º - Os exames médico-legais e as perícias médicas são da exclusiva competência do médico.

Art.7º - Os médicos dirigentes de serviços de saúde, governamentais ou privados, serão responsabilizados nos termos do Código de Ética Médica quando, por ação ou por omissão, permitirem a prática de ato médico por profissionais não médicos.

Art.8º - É vedado ao médico atribuir ou delegar atos médicos a profissionais não habilitados ao exercício da medicina.

Art.9º - São também atos médicos as consultas médicas de pacientes agudos e crônicos, as consultas médicas para o controle de saúde e pré-natal, os tratamentos médicos domiciliares, ambulatoriais e hospitalares e os tratamentos psiquiátricos.

Art.10º - A infração ao disposto nesta Resolução configura transgressão ao Código de Ética Médica.

Art.11º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Plenário Arthur Pereira e Oliveira, Florianópolis, 22 de outubro de 1998.

Dr. Edevard J. de Araujo
Presidente

Dra. Marta Rinaldi Muller
1ª secretária

Aprovada em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 22 de outubro de 1998.

3. RESOLUÇÃO CREMERJ N. 174 / 01

Define Ato Médico em Otorrinolaringologia e em áreas conexas; orienta a prática médica quanto às atribuições, competências e particularidades técnicas da especialidade e esclarece quais as implicações para o paciente e para as relações com profissionais não médicos.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda atenção do médico é o paciente, visando sempre seu conforto e segurança, e que ele deve sempre zelar para que tal condição seja também garantida, quando, após consulta médica, formalizar a indicação de aplicação de métodos e técnicas de terapia, através de eventual intervenção de profissionais não médicos, em sua função auxiliar ou complementar;

CONSIDERANDO que, por maior que seja a qualificação e treinamento de profissionais não médicos, não po-

dem estes assumir responsabilidades além das previstas em lei e definidas por jurisprudência correlata como sendo de competência de sua profissão;

CONSIDERANDO que somente o médico tem a atribuição e a competência para assumir a responsabilidade pela realização de anamnese, solicitação de exames, avaliação de seus resultados, suspeição e estabelecimento de diagnóstico etiológico, nosológico e/ou funcional, bem como a orientação terapêutica a ser dada a um paciente e a emissão de laudos e atestados, conforme explicitam os Pareceres CFM n. 30/96 e n. 46/99 e a Resolução CREMERJ n. 121/98, a qual afirma que “cabe, exclusivamente, ao médico a realização de consulta médica, a investigação diagnóstica e a terapêutica”;

CONSIDERANDO que qualquer retardo no atendimento pelo médico, seja ou não especialista, pode representar agravamento da moléstia e até mesmo risco de vida para o paciente;

CONSIDERANDO que, nas áreas de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Neurologia, Pediatria, Psiquiatria, Gastroenterologia, Endocrinologia, entre outras, sintomas, mesmo pouco expressivos, e disfunções localizadas como eventuais transtornos de voz, fala, linguagem, escrita, deglutição, respiração, audição e equilíbrio podem ser a primeira e única manifestação de transtornos e doenças mais graves, sistêmicas ou neoplásicas;

CONSIDERANDO que qualquer intervenção ou terapia sobre o paciente por outro profissional da área de saúde, exceto por odontólogos e farmacêuticos em situações específicas, depende sempre da consulta, anamnese, exame, diagnóstico e indicação médica prévia;

CONSIDERANDO que atos indevidamente praticados, seja por leigos ou por profissionais da área de saúde, podem retardar o estabelecimento e a comprovação diagnóstica, bem como a indicação e a iniciação da terapêutica adequada, e também podem os mesmos ser considerados infratores do Art. 282 do Código Penal, que trata do exercício ilegal da Medicina, “Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhes os limites”, com pena de detenção de seis meses a dois anos; e se “o crime é praticado com fim de lucro, aplica-se também multa”;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros do CREMERJ realizada em 27 de junho de 2001.

RESOLVE:

Art. 1º. É Ato Médico, e, portanto, ao médico, e somente a ele, cabe:

- I) a realização de anamnese que contemple história patológica pregressa, sinais, sintomas, relato e descrição de enfermidades e doenças de interesse predominantemente para a atuação médica;

- II) a indicação, solicitação e realização de exames complementares, entre os quais laboratoriais, radiológicos e endoscópicos, em especial os mais invasivos e que exigem anestesia tópica, uso de contrastes ou incluem instrumentos e procedimentos, como os de avaliação de fossas nasais, faringe, laringe e deglutição;
- III) a indicação, solicitação e realização de audiometria tonal e vocal, impedanciometria, timpanometria, otoemissões acústicas, pesquisa dos potenciais evocados, vectoeletronistagmografias, provas calóricas e rotatórias.
- IV) a indicação, solicitação e realização de exame otoneurológico e de pesquisa de nervos pares cranianos, otoscopia, eletrococleografia, rinoscopia, sinusoscopia, nasofaringolaringoscopias e suas variantes, eventual biópsia de estruturas suspeitas, qualquer que seja o problema, anormalidade, disfunção ou doença detectada, devendo o médico firmar e assinar o eventual relatório ou laudo referente, com nome legível ou carimbo que inclua o número de seu registro no CREMERJ;
- V) o estabelecimento de hipóteses diagnósticas ou do diagnóstico final, seja denominado etiológico, nosológico, clínico, cirúrgico, anátomo-patológico, orgânico e/ou funcional;
- VI) a realização de perícia e a emissão de laudos, relatórios e atestados sobre atos médicos, como os descritos na presente Resolução;
- VII) a definição da conduta de tratamento clínico, prescrição de afastamento, repouso, cuidados, restrições e/ou uso de medicamentos, a indicação e realização de reabilitação ou procedimentos terapêuticos invasivos entre os quais infiltrações e inclusões de drogas e materiais absorvíveis ou permanentes, próteses auditivas, fonatórias ou cirúrgias;
- VIII) a indicação de reabilitação ou do uso, em si, de implantes, órteses e próteses auditivas, e a adaptação de órteses e próteses em geral, inclusive as auditivas, fonatórias e respiratórias;
- IX) a determinação de seqüência terapêutica, início, duração e o término desta e das eventuais terapias indicadas, e a subsequente avaliação de seus resultados;
- X) a conceituação de aptidão ou inaptidão para o trabalho ou ocupação e o estabelecimento do nexo causal, restritos ao médico do trabalho.

§ 1º Os procedimentos elencados no inciso III poderão ter sua realização delegada por médicos a fonoaudiólogos, sob supervisão e permanente responsabilidade médica, devendo o médico firmar e assinar o relatório ou laudo referente, com nome legível ou carimbo que inclua o número de seu registro no CREMERJ.

§ 2º A seleção, escolha ou indicação de tipo/marca/modelo de órteses auditivas, e o treinamento ou adaptação ao uso de órteses e próteses auditivas e fonatórias podem

ser delegadas por médicos a fonoaudiólogos, sob supervisão e permanente responsabilidade médica.

Art. 2º. Desde que indicada pelo médico-assistente, nada há que impeça que em certas etapas da avaliação e do tratamento de determinadas doenças, alterações, seqüelas e disfunções, seja solicitada a colaboração ou cooperação de profissionais de saúde auxiliares ou complementares, que se restringirão às suas atribuições, visando a aplicação de determinados métodos e técnicas, que não prevêm a execução de atos médicos de competência exclusiva do profissional médico e pelo qual este responde.

Art. 3º. Equipes de diagnóstico, núcleos, pólos, serviços, programas e campanhas que atuem diretamente em prevenção e atendimento de itens previstos no art. 1º, relacionadas à voz, fala, linguagem, escrita, deglutição, respiração, audição e equilíbrio devem ser coordenadas, dirigidas ou chefiadas por médico, que deverá garantir o cumprimento do disposto na presente Resolução.

Art. 4º. O médico deve respeitar a autonomia de terapeutas auxiliares e complementares, considerando sua avaliação e conseqüente parecer na realização de determinados exames, e na definição ou estimativa de tempo, métodos e técnicas de terapia, ao elaborar o diagnóstico e ao atestar alta, aptidão, inaptidão e a existência ou persistência de limitações, seqüelas ou disfunções.

Art. 5º. O médico, estando em cargo de responsável técnico de Instituição, ou em função de chefia, ensino ou treinamento de leigos ou profissionais não médicos, deverá manter respeito aos limites e exclusões estabelecidos na presente Resolução, de modo a não favorecer ou estimular o exercício ilegal da Medicina.

Art. 6º. Diante de situação em que se configure infração ao disposto na presente Resolução é dever do médico rejeitar exames, laudos, pareceres, pedidos e atos que conflitem com o disposto no Art. 1º; denunciar de imediato o fato aos órgãos competentes e notificar este Conselho para o devido acompanhamento e/ou providências ético-profissionais e legais que se fizerem necessárias, e o médico, seja por acumplicimento ou por omissão, poderá responder frente ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º. Esta Resolução complementa a Resolução CREMERJ n. 121/98, e entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de junho de 2001.

Consº Mário Jorge Rosa de Noronha - Presidente

Consº José Antônio Alexandre Romano - 1º Secretário

Resolução publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro de 11 de julho de 2001 (sub-judice)

4. RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957,

regulamentada pelo Decreto nº 44.405, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Lei nº 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre essas categorias profissionais nem sempre estão bem definidos;

CONSIDERANDO que quando do início da vigência da Lei nº 3.268/57 existiam praticamente só cinco profissões que compartilhavam o campo e o mercado dos serviços de saúde, quais sejam, a Medicina, a Veterinária, a Odontologia, a Farmácia e a Enfermagem, e que os limites entre essas carreiras profissionais estavam ajustados milenarmente em quase todos os casos;

CONSIDERANDO que agora, diferentemente, a área da saúde e da doença está pleorada de agentes profissionais sem que haja clara definição dos limites dos seus campos de trabalho;

CONSIDERANDO que cada uma dessas novas profissões foi instituída como se fosse uma atividade isolada, sem muita preocupação com as atividades que lhe eram limítrofes e sem estipulação precisa de quais seriam suas atividades privativas, de quais seriam as que compartilhariam com outras profissões e quais seriam essas categorias ocupacionais;

CONSIDERANDO a necessidade de haver uma melhor definição das atividades profissionais típicas e privativas de cada categoria profissional, dos limites de cada uma, das relações entre as atividades limítrofes e das relações de cada uma delas com a Medicina, por ser, de todas, a mais antiga e a de campo mais amplo de atuação, vez que interage com todas as outras;

CONSIDERANDO que se deve atentar para a unidade da Medicina, que não pode ser pulverizada, sem grave prejuízo para o interesse social;

CONSIDERANDO os conceitos essenciais da Medicina Preventiva, quais sejam, o de prevenção primária (profilaxia da ocorrência da enfermidade), prevenção secundária (prevenção da evolução da enfermidade) e prevenção terciária (prevenção da invalidez determinada por uma enfermidade);

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas à definição e alcance do ato médico;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária de 23 de outubro de 2001, realizada em Manaus, com supedâneo na Exposição de Motivos anexa;

CONSIDERANDO a Exposição de Motivos anexa a esta resolução,

RESOLVE:

Artigo 1º - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

- a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);
- a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);
- a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

§ 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

Artigo 2º - O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei.

Artigo 3º - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico.

Artigo 4º - O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Manaus-AM, 23 de outubro de 2001.

Edson de Oliveira Andrade - Presidente

Rubens dos Santos Silva - Secretário-Geral

5. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.718/2004

(Publicada no D.O.U. de 03.5.04, seção 1, p. 125)

É vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não-médicos, inclusive àqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência à distância, até que sejam alcançados os recursos ideais.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina têm a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre essas categorias nem sempre estão bem definidos;

CONSIDERANDO o disposto no Parecer CFM nº 44/2001 sobre as limitações concernentes ao uso e ensino de técnica de manuseio de desfibriladores automáticos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 26/2003, segundo o qual os cursos que ensinam atos médicos só podem ter como alunos médicos e/ou estudantes de Medicina;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 03/2004, segundo o qual os atos de diagnóstico e indicação terapêutica devem ser realizados exclusivamente por médicos, não podendo os demais profissionais ser treinados pelos médicos para este objetivo;

CONSIDERANDO o disposto no art. 3º da Resolução CFM nº 1.627/2001, segundo o qual o ensino dos procedimentos médicos privativos inclui-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico;

CONSIDERANDO o conteúdo do art. 30 do Código de Ética Médica, que veda ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica;

CONSIDERANDO que nos cursos de suporte avançado de vida são ensinados procedimentos invasivos, caracterizados como atos médicos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 16 de abril de 2004, com supedâneo nos Pareceres CFM nºs. 44/2001, 26/2003 e 03/2004,

RESOLVE:

Art. 1º - É vedado ao médico, sob qualquer forma de transmissão de conhecimento, ensinar procedimentos privativos de médico a profissionais não-médicos.

Parágrafo único - São exceções os casos envolvendo o atendimento de emergência à distância, através da Telemedicina, sob orientação e supervisão médica, conforme regulamentado pela Resolução CFM nº 1.643/2002, até que sejam alcançados os recursos ideais.

Art. 2º - Os procedimentos médicos ensinados em cursos de suporte avançado de vida são atos médicos privativos, devendo ser ensinados somente a médicos e estudantes de Medicina.

Art. 3º - A capacitação em suporte básico de vida deve ser garantida a qualquer cidadão, desde que não haja o ensino de atos privativos dos médicos.

Art. 4º - Os diretores técnicos de instituições de saúde serão responsabilizados se permitirem o ensino de atos médicos privativos a profissionais não-médicos.

Art. 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 16 de abril de 2004.

Edson de Oliveira Andrade - Presidente

Rubens dos Santos Silva - Secretário-Geral

Apêndice 4

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO - CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do **Curso de Graduação em Medicina**.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "c", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º. A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º. O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 4º. A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com

- as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
 - III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
 - IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
 - V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
 - VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º. A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

-
- XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
 - XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
 - XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
 - XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
 - XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
 - XXI - atuar em equipe multiprofissional; e
 - XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º. Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Medicina. Devem contemplar:

- I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e
- VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º. A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º. O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º. O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

- I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;
- II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
- III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
- IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
- V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e
- VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo, presidente da Câmara de Educação Superior

Apêndice 5:

Notícias da Câmara dos Deputados

Tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei (PL 1316/03) do deputado Max Rosenmann (PMDB-PR) que estende **a todos os profissionais de saúde o direito de emitir atestado**. O projeto estabelece que a concessão **será privativa dos profissionais de saúde com nível superior**, de profissões regulamentadas em Lei, que tenham **direito a atender em consultório e a prescrever tratamentos terapêuticos**, limitados às áreas de suas atuações profissionais.

Max Rosenmann argumenta que o Congresso Nacional regulamentou o exercício de novas profissões na área de saúde e a legislação precisa ser atualizada. **O parlamentar assinala que os diagnósticos e tratamentos destas novas áreas também devem ter o direito ao atestado como comprovação para licença, dispensa ou tratamento.**

Ao projeto foi apensado o PL 1714/03 do deputado Carlos Nader (PFL-RJ), que trata do mesmo assunto (vide abaixo).

PROJETO DE LEI Nº 1316/03

(Dep Max Rosenmann PMDB-PR)

Dispõe sobre Atestado de Saúde. O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Fica criado o Atestado de Saúde, para licenças e dispensas de atividades, inclusive para efeitos de ausência legal.

Art. 2º - O Atestado de Saúde tem seu uso privativo pelos Profissionais de Saúde, com nível superior, de profissões regulamentadas em Lei, que possuam em suas respectivas Legislações, direito a atenderem em consultório, e ainda a prescreverem tratamentos terapêuticos, limitados às áreas de suas atuações profissionais, instituídas em Leis próprias.

Art. 3º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

JUSTIFICAÇÃO

O Projeto de Lei que ora tenho a honra de apresentar, foi no ano de 2002, apresentado pelo então Deputado José Carlos Coutinho (PFL/RJ), tendo sido arquivado na últi-

ma legislatura, decorrente da não reeleição daquele parlamentar.

O dinamismo e a evolução das Profissões na Área de Saúde, não mais coaduna-se com conceitos arcaicos, de uma visão unilateral, onde os mesmos são somente as enfermidades. Muito pelo contrário, conforme regem os modernos conceitos, eles são múltiplos, dentre os quais inserem-se as doenças.

A visão holística do ser humano, é imprescindível no século XXI, onde a própria Organização Mundial de Saúde - OMS, conceitua saúde, como o completo bem estar bio-psíquico-social.

Atualmente, para atingir-se o patamar da recuperação, não mais atua um único profissional, mas sim, uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Leis decretadas e sancionadas pelo Congresso Nacional, ampliaram, por conta dessa visão holística, as Ações dos Profissionais de Saúde, com nível superior.

Psicólogos, Fisioterapeutas, Enfermeiros, Fonoaudiólogos, Médicos e Nutricionistas, possuem suas ações bem delineadas e fixadas, em Leis que regulam os respectivos Exercícios Profissionais.

Podem, com base nas Legislações supracitadas, atender em consultórios, requerem exames laboratoriais, fazem encaminhamentos, praticam Terapias Alternativas, etc.

Nada mais justo, que um cliente que encontre-se sob cuidados desses Profissionais, possam apresentar no local que desempenha suas atividades, o atestado de saúde, que comprove o tratamento a que submete-se.

Anexamos, como forma de subsidiar os Nobres Pares, as Leis nºs 6.965/81 (Lei da Fonoaudiologia) e 7.498/86 (Lei da Enfermagem).

Este é o projeto que submetemos, que pela Justiça do qual se reverte o mesmo, até mesmo por não haver Lei Federal sobre o tema, esperamos que seja aprovado.

Sala das Sessões, em de de 2003.
Deputado Max Rosenmann

Comentário: Não existe nas leis citadas nada que lhes dê direito a “concluírem diagnósticos, investigarem doenças, requisitarem exames, prescreverem tratamentos, definirem prognóstico, atestarem doenças ou alta”. Quem atesta saúde, atesta “ausência de saúde”, ou seja, doença - e faz diagnóstico (funcional, fisiológico e tudo a mais que for pretendido). A insidiosa justificação resume os argumentos empregados pelas citadas profissões não médicas em seu afã de obterem prerrogativas médicas de diagnóstico e indicação terapêutica.

Apêndice 6:

Projeto de Lei elaborado pelos autores, a partir do PL 25/2002, em curso no Senado Federal, definindo e contemplando todas as atribuições exclusivas do médico:

(em nada restringindo ou prejudicando as atribuições legais dos para-médicos)

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O médico desenvolverá suas ações no campo da atenção à saúde humana, em especial frente a indivíduos com sinais ou sintomas ou suspeita de enfermidades, visando:

- I - a promoção da saúde;
- II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III - a reabilitação dos enfermos.

Parágrafo único. São atos privativos do médico:

- a) a avaliação e a formulação do diagnóstico de pacientes, entendidos como indivíduos com sinais e sintomas;
- b) a definição da conduta de investigação diagnóstica, a requisição de exames complementares e a conclusão diagnóstica;
- c) a definição da conduta terapêutica e sua seqüência, prescrevendo ou indicando medicamentos, dietas, mudanças de hábitos, cuidados ambientais, interrupção de atividades, exercícios, terapias de reabilitação, próteses e órteses, procedimentos, intervenções e/ou cirurgias;
- d) a realização de sedação profunda, anestésias, cirurgias, procedimentos invasivos ou que possam pôr em risco a integridade ou a vida do paciente;
- e) a definição do prognóstico, a reavaliação após cada etapa terapêutica e a definição de aptidão, limitações, incapacidades e/ou condições de alta, pela manutenção ou cessação da enfermidade e/ou de suas seqüelas;
- f) a emissão de atestado de sanidade física e/ou mental, presença ou ausência de doenças detectáveis em quaisquer indivíduos.

Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina definir, por meio de resoluções, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos médicos.

Art. 3º São privativas de médico as funções de coordenação de equipes de diagnóstico e de assistência a enfermos, a chefia, direção técnica, perícia, auditoria, supervisão e ensino vinculadas, de forma imediata e direta, à indicação, realização e avaliação de procedimentos médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde e as funções de direção, chefia e supervisão que não exijam formação médica não constituem funções privativas de médico.

Art. 4º A infração aos dispositivos desta Lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do art. 282 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940).