



Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Departamento de Endoscopia da Associação Médica Brasileira

Filiada à Organização Mundial de Endoscopia Digestiva

Filiada à Sociedade Interamericana de Endoscopia Digestiva



Flávio Hayato Ejima – Presidente
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

São Paulo, 7 de fevereiro de 2017

Ofício 001/2017
Comissão de Ética e Defesa Profissional
Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Ilmo. Dr. Paulo Alves Junqueira
Coordenador do Conselho Técnico
UNIMED Jundiáí

Prezado Dr. Paulo Alves Junqueira

Devemos antes de tudo conceituar o que é um PARECER.

Parecer, em sua definição, é substantivo masculino que *expressa apenas uma opinião em resposta a uma consulta*. Um parecer é desprovido de força de lei.

Em resposta ao Parecer COREN SP 005/2012 – CT que trata do auxílio de enfermagem na realização de biópsias, solicitado pela Sociedade Brasileira de Enfermeiras em Endoscopia Digestiva; a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva já se manifestou detalhadamente sobre este assunto no Parecer da Comissão de Ética e Defesa Profissional datado de 28 de abril de 2015. – (anexo)

Neste parecer, deixamos muito claro que o **ATO MÉDICO – realizar a endoscopia, a biópsia endoscópica e emitir o laudo diagnóstico são atos únicos e restritos aos médicos endoscopistas**. A saber:

- 1. REALIZAÇÃO DA ENDOSCOPIA:** Introduzir o endoscópio através dos orifícios naturais (boca e ânus no caso da Endoscopia Digestiva), realizar a inspeção visual, avaliar as implicações das informações sobre a condição clínica do paciente e a capacidade de executar integrar os achados endoscópicos na prática clínica, realizar o diagnóstico endoscópico, a tomada de decisão sobre a necessidade de realizar biópsia ou outro procedimento terapêutico endoscópico.

ATRIBUIÇÃO: O DIAGNÓSTICO é uma atribuição do MÉDICO (Ato Médico) - Lei 12.842 Art 2 o Inciso II - “a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças”.

Flávio Hayato Ejima – Presidente
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

2. CAPACITAÇÃO E HABILITAÇÃO PARA A PRÁTICA

ENDOSCÓPICA: A descrição das competências para a prática endoscópica estão citadas na fundamentação do Parecer COREN SP 005/2012 *“Para a ASGE a competente prática endoscópica exige treinamento completo em ambos os aspectos, cognitivos e técnicos, da endoscopia, considerada a habilidade cognitiva como o conhecimento sobre as indicações e contraindicações do procedimento, seus riscos, complicações associadas, benefícios e alternativas, bem como a identificação precisa e interpretação de patologia grave, ou seja, inclui a capacidade de avaliar as implicações das informações sobre a condição do paciente e a capacidade de integrar os achados endoscópicos na prática clínica. Por outro lado, a habilidade técnica refere-se à capacidade de executar o procedimento em si: inserção e retirada do instrumento, seu avanço e as manobras através do trato GI, além da realização de biópsia e intervenção terapêutica (ASGE, 2009). Capacidades e habilidades estas que um médico habilitado e capacitado possui”*

ATRIBUIÇÃO E RESPONSABILIDADE: do Médico

OBSERVAÇÃO: Concordamos integralmente com o texto. São habilidades próprias e restritas ao médico capacitado para exercê-la

3. REALIZAÇÃO DE BIÓPSIAS: No curso do exame endoscópico o médico executante, considerando as indicações, benefícios e riscos, em uso de seu conhecimento, após o exame detalhado da mucosa e as possíveis alterações observadas decide pela necessidade da biópsia endoscópica e define o local da mesma.

ATRIBUIÇÃO E RESPONSABILIDADE: A biópsia é uma atribuição do **MÉDICO** (Ato Médico) - Lei 12.842 “

Art 4 o Inciso II - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios”

“ Inciso III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos.

ATO DE BIOPSIAR a) O Médico solicita a um profissional treinado e sob sua supervisão que está na Sala de Endoscopia que abra o invólucro no qual está a pinça de biópsia e a ofereça ao médico – **Ato de INSTRUMENTAR.** b) O médico introduz a pinça através do canal de trabalho do aparelho, determina o local para efetuar a biópsia, incisiona a mucosa com a pinça, realizando a biópsia endoscópica, traciona a pinça contendo o fragmento de mucosa,

Flávio Hayato Ejima – Presidente
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

retira a pinça do canal de trabalho do endoscópio, coloca o material obtido através da biópsia no recipiente com o formol. **ATO MÉDICO**

ATO DE BIÓPSIA É RESPONSABILIDADE DO MÉDICO. As possíveis complicações da biópsia endoscópica são de responsabilidade do médico que executou a endoscopia. A responsabilidade pelo tratamento das complicações advindas de qualquer método invasivo é do médico que efetuou o procedimento.

OBSERVAÇÃO: - O profissional de enfermagem/instrumentador não possui nenhuma responsabilidade pelo ato médico. Sua função está restrita a instrumentar para o médico

4. PARTICIPAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM/INSTRUMENTADOR NO CENÁRIO DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DURANTE O ATO DA BIÓPSIA ENDOSCÓPICA

Durante a biópsia o profissional de enfermagem ou qualquer outro profissional treinado pelo médico, presente na sala de exame apenas segura uma manopla plástica que abre e fecha a pinça, sob o comando verbal do médico que está executando a biópsia.

Isto ocorre sem nenhuma decisão, capacidade cognitiva, participação ou responsabilidade deste outro profissional. Ele atua distante, sem contato com o aparelho ou a mucosa do tubo digestório, fora do corpo do paciente, sem nenhum contato com o mesmo, sem nenhuma participação na execução da biópsia, que é realizada pelo médico.

Este outro profissional que auxilia o médico segurando uma manopla e atendendo ao comando de “abrir e fechar” apenas executa um trabalho mecânico sob a orientação do médico. Isto pode ser realizado por um auxiliar de enfermagem, instrumentadores, profissionais em treinamento, estagiários, atendentes do médico, vendedores de materiais médicos, que abrem e fecham pinças e outros acessórios durante demonstração de material. No máximo podemos chamar isto de INSTRUMENTAR.

A manipulação de pinças de biópsia e outros acessórios endoscópicos se assemelham ao que uma instrumentadora de cirurgia faz. Em todos os momentos, os atos dela são orientados pelo médico operador. É ele quem define o momento de abrir e fechar a pinça. Quem posiciona o acessório na lesão alvo e realiza a biópsia é o médico operador. Ou seja, a interação com o paciente é toda ela

Flávio Hayato Ejima – Presidente
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

definida pelo médico operador. Não há nenhuma participação intelectual, cognitiva, de conhecimento técnico de enfermagem ou contato direto deste profissional auxiliar com o paciente. Este outro profissional apenas “abre e fecha a pinça” mecanicamente, longe do paciente e sem contato com o mesmo

5. OBSERVAÇÕES GERAIS:

- a) O ato de abrir e fechar um instrumental cirúrgico fora do corpo humano, atendendo a um comando verbal do médico, sem intervenção direta, equivale a instrumentação do cotidiano dos centros cirúrgicos podendo ser realizada tanto por profissionais de enfermagem quanto por indivíduos com curso apenas de instrumentação
- b) O Curso de Instrumentação Cirúrgica não é restrito aos profissionais de enfermagem. Podem se matricular e obter o título de INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO os acadêmicos de medicina, tecnólogos em saúde, técnicos de radiologia, fisioterapeutas e outros.
- c) Nos surpreende que o COREN SP considere um ato mecânico executado sob a orientação do médico de “abrir e fechar pinças fora do paciente”, seja um ATO MÉDICO. Este mesmo COREN SP emitiu um parecer técnico - PARECER COREN-SP 045/2013 – CT no qual afirma que enfermeiros podem realizar punção venosa profunda. Este sim, é um ato invasivo, com riscos de danos graves ao paciente. Para tal necessita de conhecimento anatômico, cognição entre imagem e diagnóstico da anatomia e das alterações vasculares, interpretação de imagens diagnóstica de vaso profundo. Considerado seu caráter invasivo, é passível de complicações e risco para o paciente, para os quais uma enfermeira não dispõe de conhecimento médico para resolução das suas complicações. Este sim, é caracterizado um ATO MÉDICO, como abaixo definido:

“Em sua decisão, a juíza argumenta que a Resolução CFM nº 2.074/2014 apenas cumpre os artigos 2º e 3º da Lei nº 12.842/2013 (Ato Médico), a qual determina que o médico desenvolverá suas ações para, “dentre outras coisas, estabelecer o diagnóstico e o tratamento de doenças”. Sendo assim, são atos privativos do médico a indicação de diagnóstico, a emissão de laudos dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos e a determinação do diagnóstico nosológico”



Flávio Hayato Ejima – Presidente
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

Lei 12.842 – LEI DO ATO MÉDICO

Art 4 o Inciso II - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios”

“ Inciso III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos.

CONCLUSÃO:

Segurar uma manopla plástica para abrir e fechar pinça, não é um ato médico. É apenas um ato mecânico realizado por qualquer profissional treinado, sob a orientação do médico executor.

Este é o nosso parecer

Comissão de Ética e Defesa Profissional – SOBED

Dra. Ana Maria Zuccaro (RJ) – Presidente

Dr. Carlos Eduardo Oliveira Santos (RS)

Dr. Fauze Maluf-Filho (SP)

Dr. Gustavo Francisco de Souza e Mello (RJ)

Dr. Lincoln Eduardo Villela Vieira de Castro Ferreira (MG)

Dr. Rodrigo Roda Rodrigues Silva (MG)

Dr. Sylon Ribeiro de Brito Junior (BA)