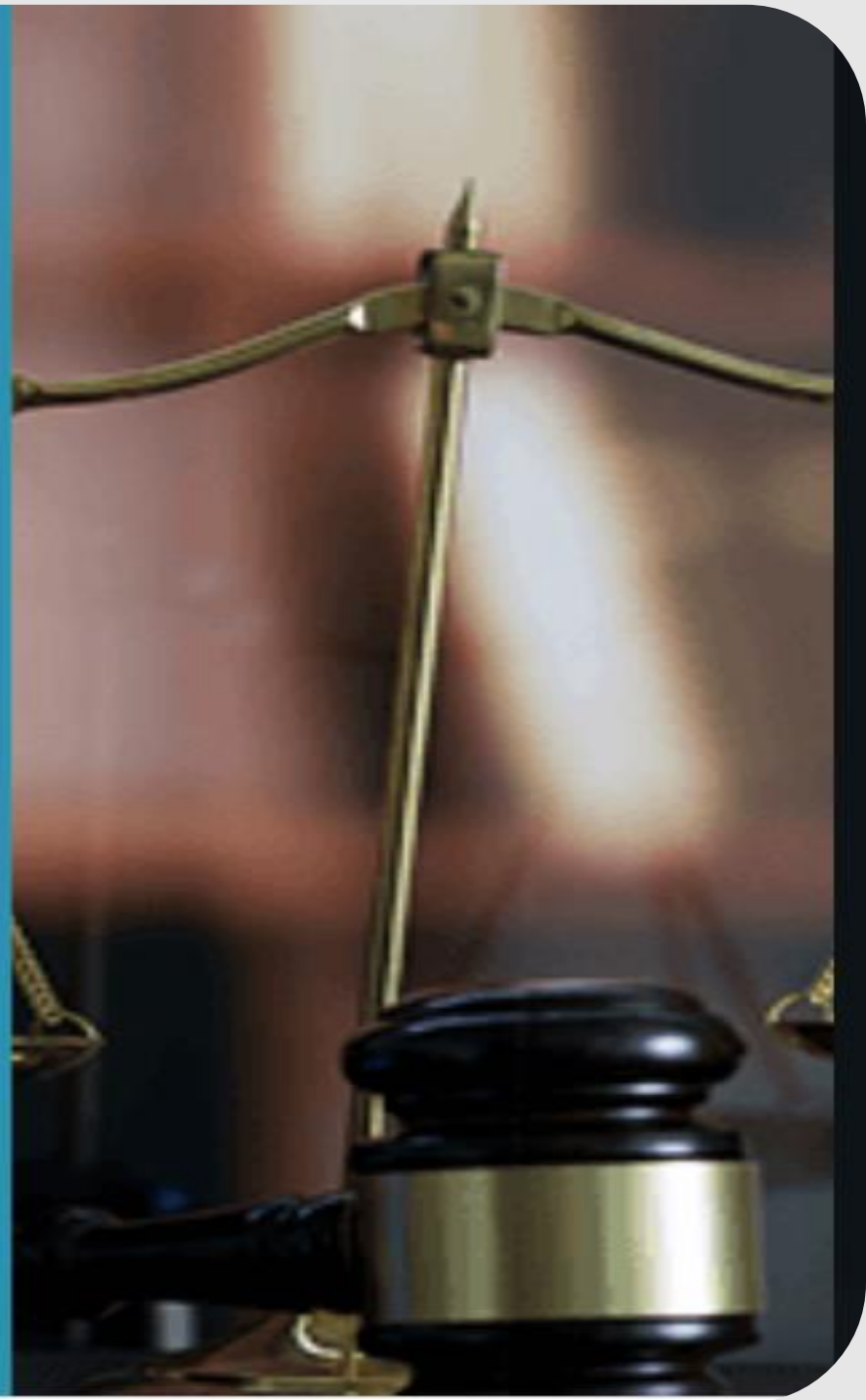
COMPLIANCE JURÍDICO DIGITAL NA PREVENÇÃO DE ERROS MÉDICOS

AUTORA ->SÉFORA THAYNE BARBOSA ALENCAR RODRIGUES

CO-AUTORA -> MARLENE MENEZES DE SOUZA TEIXEIRA

UNILEÃO
Centro Universitário



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

R696r Rodrigues, Séfora Thayne Barbosa Alencar
Compliance jurídico digital na prevenção de erros médicos. / Séfora Thayne Barbosa Alencar Rodrigues - Juazeiro do Norte, 2021.
26f.

Orientadora: Profª. Dra. Marlene Menezes de Souza Teixeira
Produto (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, 2021.

1. Compliance - jurídico. 2. Prevenção - erros médicos. I. Teixeira, Marlene Menezes de Souza, Orient. II. Título.

CDD 344.041

Bibliotecária: Francisca Lunara da Cunha Alcantara – CRB-3/1420

SUMÁRIO		
1	INTRODUÇÃO	15
2	O QUE É COMPLIANCE	16
2.1	Da composição do Compliance	18
3	DOS DOCUMENTOS PREVENTIVOS	19
3.1	prontuário médico	19
3.2	TCI	22
3.3	TERMO DE REVOGAÇÃO OU ABANDONO DE TRATAMENTO	25
3.4	ATESTADO MÉDICO	27

CARO PROFISSIONAL ,

ESTE PRODUTO EDUCACIONAL INTITULADO “COMPLIANCE JURÍDICO DIGITAL NA PREVENÇÃO DE ERROS MÉDICOS”, É RESULTADO DA DISSERTAÇÃO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO (UNILEÃO) .

O OBJETIVO DO COMPLIANCE JURIDICO DIGITAL É CONTRIBUIR NA PREVENÇÃO DE ERROS MÉDICOS, ALÉM DE ORIENTAR NAS DÚVIDAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE ERROS MÉDICOS E O APORTE COM A JUDICIALIZAÇÃO. ESPERAMOS QUE O COMPLIANCE JURÍDICO DIGITAL NA PREVENÇÃO DE ERROS MÉDICOS” FAVOREÇA O APOIO A DEFESA ÉTICO-PROFISSIONAIS E PENAIS. A RELEVANCIA DESSE PRODUTO TÉCNOLÓGICO ESTÁ EM CITAR AS REGRAS IMPOSTAS PELO ORDENAMENTO LEGAL, NO CONTEXTO DINÂMICO, QUANDO OCORREM AS FALHAS MULTIFATORIAIS E INEVITÁVEIS

INTRODUÇÃO

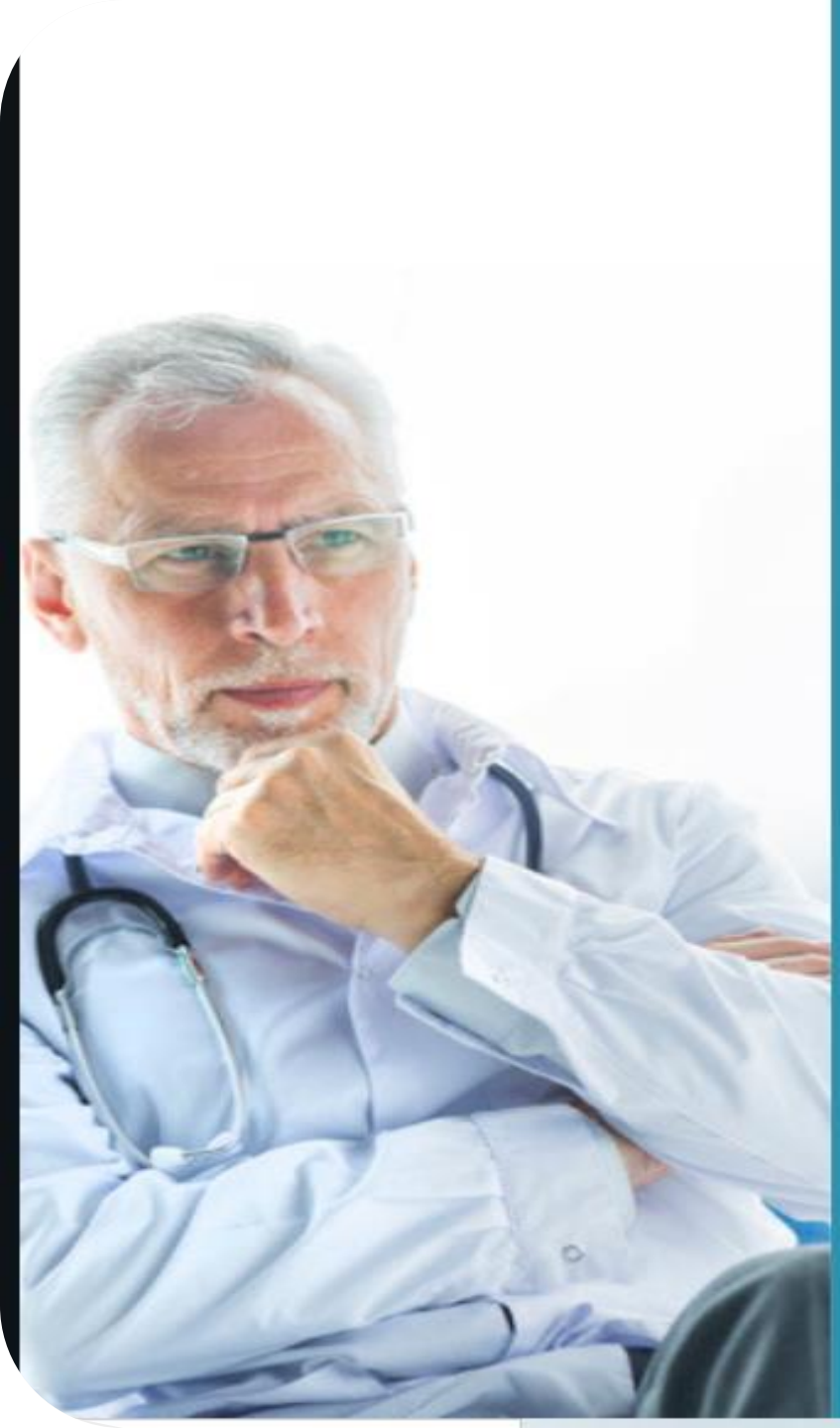
No cenário atual, percebe-se na prática médica, a humanização, uma visão holística do paciente frente a vulnerabilidades do estar doente. Fortalecendo a relação do médico paciente.
Contudo, nem todos os profissionais da classe médica são protagonistas desse cenário, visto que as ações judiciais no âmbito da saúde vêm crescendo de forma assustadora nos últimos anos, tornando-se corriqueiro a prática médica e a evolução da relação do médico com seu paciente.

De um lado, o profissional medico, muitas vezes inequivocamente, achando que o saber sobre o paciente é verticalizado, e do outro lado, o paciente, com as suas vulnerabilidades fisiológica, mas não leigo sobre os seus direitos enquanto paciente.
Dessa forma, o médico deve exercer suas atividades por meio de elevadas normas éticas e técnicas. Corroborando com Charles(2016), há uma necessidade de mostrar o que deve estar contida na vida dos profissionais de medicina, as regras normativas que regem a profissão, bem como a aplicabilidade e métodos para prevenção de erros médicos, conforme a sua especialidade na medicina.

Dessa forma, o médico deve exercer suas atividades por meio de elevadas normas éticas e técnicas. Corroborando com Charles(2016), há uma necessidade de mostrar o que deve estar contida na vida dos profissionais de medicina, as regras normativas que regem a profissão, bem como a aplicabilidade e métodos para prevenção de erros médicos, conforme a sua especialidade na medicina.

Visto que, a judicialização na saúde cresceu de forma tal, que atualmente, as grandes manchetes mencionam como sendo uma crise na saúde e que está afetando não só a sociedade, como também os profissionais de saúde e efetivamente comprometendo o Judiciário.

A relevância em apresentar os documentos médicos como forma de prevenção em relação à responsabilização indevida, os conceitos e normativas acerca da responsabilidade civil objetiva e subjetiva, com o intuito de contribuir para diminuir e prevenir o ciclo vicioso de erros, patogêneses e processos jurídicos.É a justificativa para a composição deste COMPLIANCE PREVENTIVO.



O QUE É COMPLIANCE ?

O compliance
é uma compilação de regras e normas, leis, regulamentos, diretrizes e
procedimentos estabelecidos, que visam que pessoas jurídicas e físicas executem, para garantir as conexões pautadas na ética, minimizando e prevenindo
riscos.Com o advento
da Lei Federal nº12.846/2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, conforme Maria Luiza Gorga:
"essa lei Federal serviu para impulsionar a figura do compliance no Brasil. Pag
14. Dissertação de Maria Luiza Gorga. 2016. Compliance penal para profissional
da medicina.

Conforme,
a equipe do VPG Advogados, o compliace: "é um conjunto de estruturas, regras e
procedimentos implementados nas empresas com vistas a assegurar a conformidade
do seu funcionamento à legislação, às suas normas internas e aos padrões éticos
desejáveis para o mundo dos negócios. É uma opção de autogestão e de auto-organização empresarial, que ajuda as empresas a identificarem melhor os riscos de conformidade envolvidos na sua atuação e a necessidade de adequação
de seu funcionamento aos padrões exigidos por órgãos reguladores ou definidos
pela própria empresa, sempre voltados ao aperfeiçoamento da prestação de seus
serviços e do relacionamento com colaboradores, fornecedores, clientes, representantes e com o Poder Público."

Segundo
Renato de Mello Jorge Silveira e Eduardo Saad: "que o compliance orienta-se por sua finalidade preventiva, com a programação de uma série de condutas que estimulam a diminuição dos riscos da atividade. É, portanto, uma posição de observância e cumprimento de normas,
unida a estratégias de prevenção de perigos futuros." SILVEIRA, Renato de Mello
Jorge. SAAD-DINIZ, Eduardo. Criminal Compliance: os limites da cooperação normativa quanto à lavagem de dinheiro. Revista
de Direito Bancário e Mercado de Capitais, São Paulo, n. 56, 2012. p. 600.

Portanto, o compliance é um composto de normas e procedimentos implementados com vistas a assegurar a conformidade do seu funcionamento atendendo a legislação sejam elas impostas, pelo ordenamento jurídico pátrio, conselhos de classes, resoluções entre outros.

Nesse vértice, o compliance é baseado em pesquisas de artigos científicos, como também na legislação civil, penal e resoluções do conselho de classe dos médicos, que fazem parte do ordenamento jurídico Brasileiro.

DA COMPOSIÇÃO DO COMPLIANCE

A composição de um compliance é uma importante ferramenta para prevenção de erros médicos, segundo Maria Luiza Gorga: "a aplicação do compliance abrange a adoção sistemática de algumas condutas que são em si simples, porém em conjunto proporcionam diversas barreiras para a contenção de falhas e erros." Dissertação de Maria Luiza Gorga. 2016.

Compliance penal para profissional da medicina.Nesta composição de compliance preventivo para erros médicos, deve conter regras e documentos que previnam o profissional médico nas ações do dia-a-dia, para cada documento que o médico possa usar para sua segurança e também a do paciente.

PRONTUÁRIO MÉDICO

O Prontuário médico, é o agrupamento de todos os documentos médicos, que identifica todo o histórico de atendimento para com a saúde do paciente. Ficam anexos no prontuário, requerimentos de exames de imagens e laboratoriais, atestados, Termo de consentimento do informado, orientações de alta, como também a qualificação completa do paciente e do médico.

DOS DOCUMENTOS PREVENTIVOS

O prontuário deve ser escrito de forma legível, e nele obrigatoriamente deverão constar, conforme, letras "a; e" do I, artigo 5º da Resolução do CFM nº1.638/2002, cominado com o artigo 87 da Resolução do CEM nº2.217/2018:

I)" Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel: a) Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitando-se seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado; c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico; d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM;e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade."

“Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente. § 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina “

Fonte: Concelho Feral de Medicina(2021)

PRONTUÁRIO MÉDICO
Prontuário nº _____
Nome:_____Endereço profissional:__CRM/CE_____
DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL:
Telefones:_____Email:_____
DADOS PESSOAIS:
Nome: _____Sexo _____; Cor_____;
Filiação: Pai:_____Mãe_____
Profissão: _____ Data de Nasc. _____ / ____/ _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade:_____
Identidade Nº: _____- Órgão emissor:_____;UF:_____ Endereço: _____, nº_____, Bairro: Cidade: _____ UF: _____, CEP: _____, **Fonte :Grifo do Autor**

ANAMNESE
Histórico da doença atual:_____ Exame físico:_____ Exame de estado mental:_____ Histórico Mórbida Pregressa:_____ Histórico Mórbida Familiar:_____ Hipóteses diagnósticas:_____
Exames requeridos/apresentados:_____ Conduta:_____ Tratamento efetuado:_____ Prognósticos:_____ Sequelas: _____
MOTIVO DO CADASTRAMENTO: _____ Anotações sobre aparelhos e sistemas do corpo humano:_____ Registro fotográfico:_____ OBS: _____
EVOLUÇÃO DIÁRIA DO PACIENTE:_____ Data:_____/_____/_____ Hora:_____:_____ Assinatura de médico responsável:_____ (obs: carimbar e datar) Documentos médicos e do paciente (em anexo)

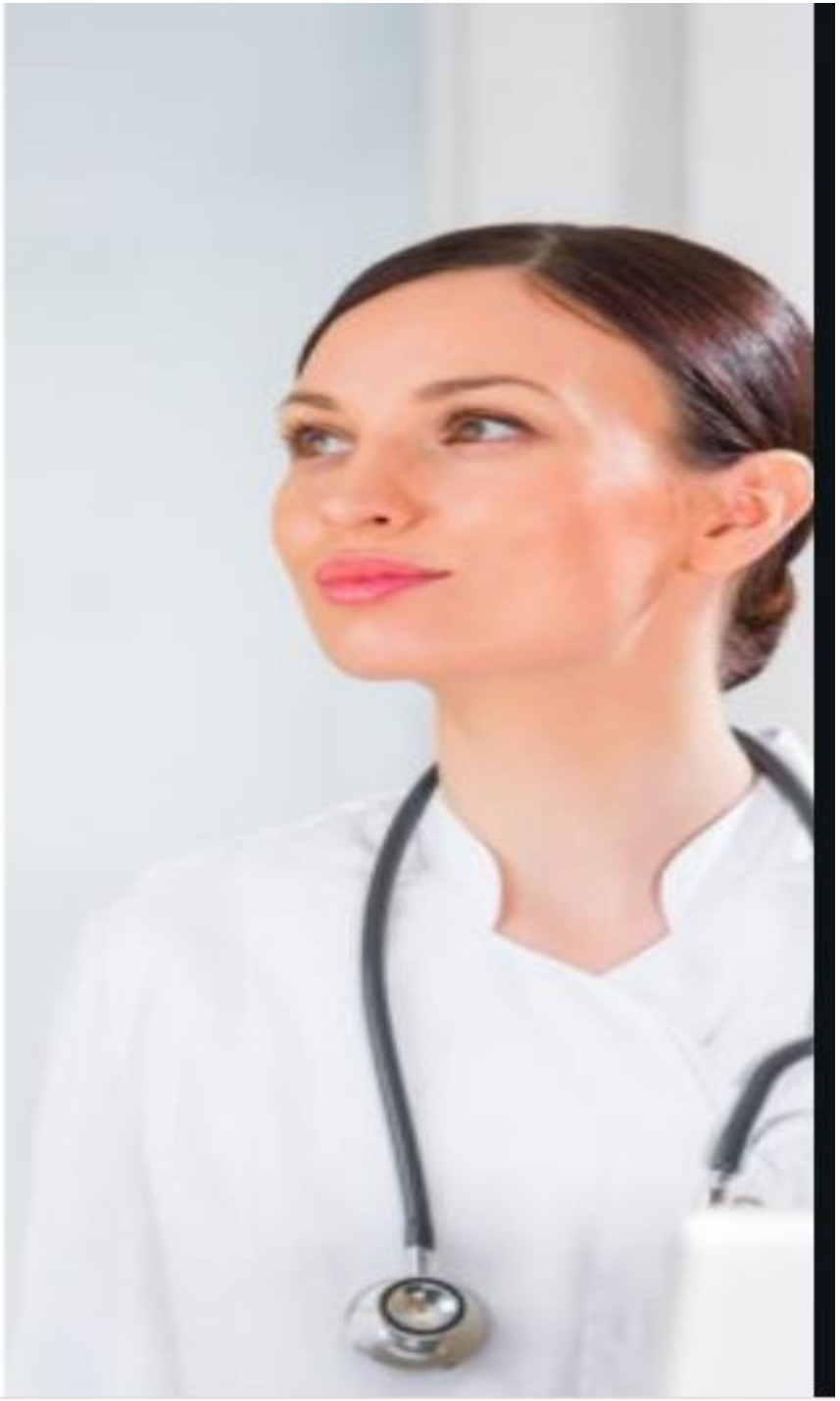
Fonte :Grifo do Autor

TCI-

Termo

de

Consentimento



TCI

O Termo de Consentimento Informado
- TCI, é um documento assinado pelo paciente, ou por seu responsável, com
intuito de consentir ao médico a efetivação de algum procedimento diagnóstico
ou terapêutico, depois de ter auferido informações pertinentes a este. O objetivo do TCI, é de avalizar a autonomia do paciente e delinear a responsabilidade do médico que irá realizar os procedimentos.

DOS DOCUMENTOS PREVENTIVOS

O Código de ética
Médica, que corresponde a Resolução nº2.217/2018, no seu artigo 46, " que enseja ser vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou seu responsável legal,
salvo em iminente perigo de vida."

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Pelo presente instrumento, eu: _____ Sexo _____; Cor_____; Filiação: Pai: _____ Mãe:_____Profissão:_____ _____ Data de Nasc. _____ / ____/ _____Naturalidade: _____ Nacionalidade:_____ Identidade Nº: _____ - Órgão emissor:_____;UF:_____ Endereço: _____, nº_____, Bairro: _____, Cidade: _____, UF: _____,CEP: _____,
de posse da minha capacidade civil plena,declaro que autorizo/aceito o meu atendimento para (Nome do procedimento); Descrição Técnica (em termos leigos e claros).
Declaro que, desejo submeter-me, voluntariamente a um (descrever o procedimento), colocar CID, em função disso procurei pelo(a) médico(a): CRM: ; RQE: .
Declaro que autorizo/aceito também a realização de todos os atos referentes ao atendimento médico e que poderão fazer parte do meu prontuário (físico ou eletrônico), tais como: Fotos e vídeos.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Sei também que poderá ser necessária transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informando dos riscos, ficando desde já pré-autorizada.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), será necessária aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado.

Estou ciente que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, complicações cardiovasculares e respiratórias, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados.
Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário, para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento.
Certifico que li este termo, ou que foi explicado pra mim, tendo sido explicado pelo meu médico assistente e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

(Local) / / , às horas e minutos.
Assinatura do(a) paciente:
Responsável legal:
Grau de Parentesco:
Assinatura: CPF Nº:
Data: / / Hora:
Testemunhas:

_____ _____

O texto deve ser o mais simples possível, de modo que o paciente ou seu representante legal, antes da realização do procedimento médico, se quiser possa mudar de opinião. Conforme, a seguir:
CPF: CPF:

Fonte:Grifo do Autor

Termo de REVOGAÇÃO OU ABANDONO DE TRATAMENTO

TERMO DE REVOGAÇÃO OU ABANDONO DE TRATAMENTO

É tipo de documento médico de quando o paciente aderi
a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames,

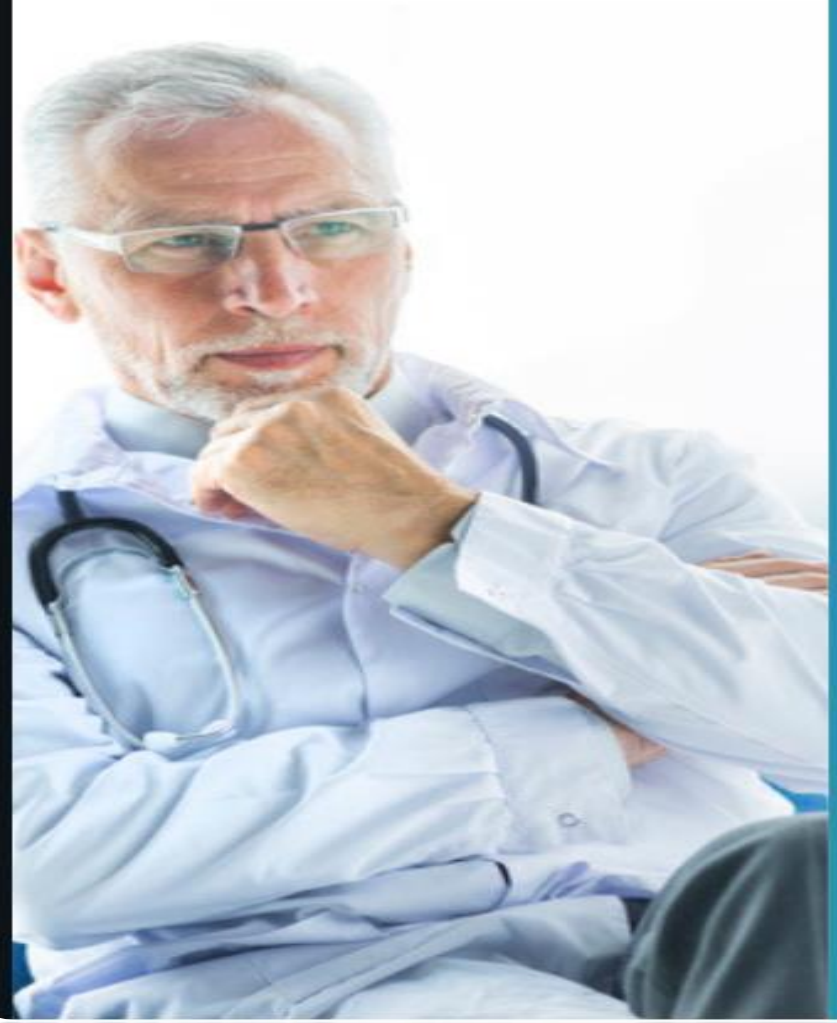
cirurgias ou tratamentos recomendados, continuidade no tratamento proposto, bem como pelo

descumprimento de qualquer orientação do profissional ou da equipe de saúde, conforme veremos a seguir:

REVOGAR

TERMO DE REVOGAÇÃO OU ABANDONO DE TRATAMENTO

Nome:_____ Sexo __; Cor__; Filiação: Pai:_____ Mãe:_____ Profissão: _____ Data de Nasc. __ / __/ ____Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____Identidade Nº: _____ - Órgão emissor:___;UF :_____ Endereço: _____, nº____, Bairro: _____,Cidade: _____, UF: _____,CEP: _____,Fui devidamente informado(a) pela equipe médica deste hospital sobre o quadro clínico de _____ _____, esclarecido acerca dos exames, dos medicamentos e dos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos indicados para tratamento e/ou para investigação clínica, além dos riscos á saúde que poderão ser causados pela não realização das condutas médicas prescritas, conforme indicado abaixo . Estou ciente da indicação médica de realização do procedimento/tratamento proposto e manifesto minha livre e espontânea vontade de:( ) RECUSA LIVRE: Optei por não o realizar e estou ciente que posso, a qualquer momento, rever minha decisão, autorizando sua realização, desde que presentes as condições clínicas indicadas.( ) ABANDONO LIVRE DE TRATAMENTO: Optei por interromper o tratamento supra, mesmo tendo sido informado(a) que não apresento boas condições de saúde e que a melhor conduta médica recomenda a permanência do tratamento proposto nesta unidade hospitalar. Tenho ciência que posso a qualquer momento, rever minha decisão e autorizar a realização, que ora interrompo, desde que presentes as condições clínicas indicadas . Estou ciente que através deste termo, isento o médico envolvido, direta ou indiretamente, no tratamento do paciente, de qualquer responsabilidade sobre os efeitos e causas danosas à condição clínica do paciente. Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pelo médico assistente e equipe, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto . Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, NÃO AUTORIZO a realização do procedimento/tratamento. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar . Local e data . Nome do paciente_____ Assinatura :_____ CPF : _____ Telefone: _____Grau de Parentesco ou vínculo:_____(obrigatório nos casos de representação):Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Assinatura e carimbo do médico responsável



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

É o documento médico, que é utilizado pelo paciente para provar estado de doença ou motivo autorizado para abonar ausência em alguma atividade. Conforme Resolução 1658/2002 do CFM, o atestado é:

Artigo 1° O atestado médico solicitado por pacientes e fornecido pelo médico assistente, seja em serviço público, conveniado ou consultório particular, deve ser elaborado observando rigorosamente o disposto na Resolução CFM n.° 1.658/2002.

Este documento médico deve conter obrigatoriamente, conforme artigo 2º da Resolução 1658/2002 do CFM:

Art. 2º O atestado médico deve deixar constância explícita e motivada do objeto a que se destina – justificar ausência do titular compromisso social, judicial, político, educacional, trabalhista, administrativo, embarque, custódia e outros que se mostrem necessários.

O atesdado médico conforme, a seguir:

ATESDADO MÉDICO
Atesto para os devidos fins que o(a) Sr. (a) _____, RG: CPF: , esteve sob meus cuidados no dia, hora e minuto.
O(a) paciente necessita de 3(três) dias, ou 4(quatro) horas de repouso.
Cidade, UF, data mês ano,
CID, conforme Resolução do CFM nº1976/2011.
Assinatura do Médico com carimbo

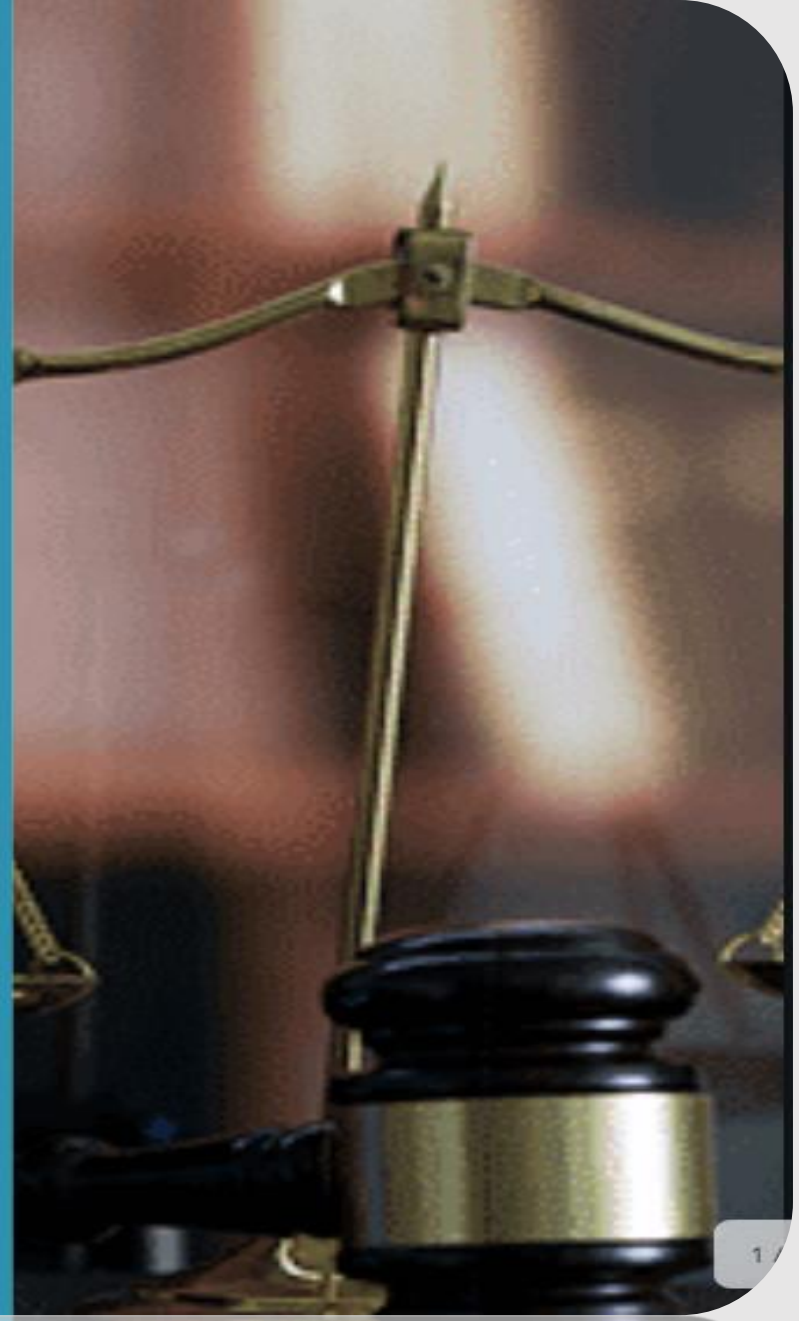
MÉDICINA DEFENCIVA

CONTATE-NOS

(88) 99992-9505

Rua Santa Rosa,338
Bairro Socorro,
Juazeiro do Norte-CE

seforathayne@hotmail.com



Referências

ADRIANO VARGAS, C. M. L. V. G. R. COMO ESTRUTURAR UM COMPLIANCE EMPRESARIAL. GUIA COMO ESTRUTURAR UM COMPLIANCE EMPRESARIAL, CURITIBA, p. 24.

ALMEIDA, M. E. B. D. Tecnologia de informação e comunicação na escola: novos horizontes na produção escrita. são paulo: Depto. de Ciência da Computação, da PUCP., 2000.

BRASIL, P. D. R. F. D. Congresso Nacional. Congresso Nacional, 2020. Disponivel em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/141349/pdf>. Acesso em: 11 Junho 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resoluções.1.638/2002, 2.217/2018.

GORGA, M. L. MINIMIZANDO RISCOS COMPLIANCE PENAL PARA O PROFISSIONAL DA MEDICINA. SÃO PAULO: FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016.