

**PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 3656/95
PC/CFM/Nº 11/96**

INTERESSADO: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

ASSUNTO: Laudos de espirometria

RELATOR: Cons. Júlio Cezar Meirelles Gomes

EMENTA: A leitura e interpretação dos testes espirométricos constitui parte do diagnóstico clínico, sendo considerado ato privativo da medicina.

MOTIVO

A presente consulta diz respeito à indagação trazida ao Conselho Federal de Medicina em setembro de 1995, através do ofício s/n da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, subscrita pela Secretária Geral Dr^a Lucy Gomes Vianna, no qual solicitava "o posicionamento (desta entidade) quanto a necessidade ou não de que os laudos de espirometria sejam fornecidos somente por médicos com título de especialista em Pneumologia e Tisiologia, fornecido pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Associação Médica Brasileira."

HISTÓRICO

Em novembro de 1995, o Prof. Dr. Carlos Alberto de Castro Pereira, Coordenador do Consenso sobre Espirometria e o Prof. Dr. Elmano Marques de Souza - Presidente da SBPT - enviaram correspondência ao Conselho Federal de Medicina, aos cuidados deste Conselheiro, na qual solicitavam parecer a respeito "dos profissionais responsáveis pela realização da espirometria". Na missiva, manifestam preocupação com a qualidade técnica dos exames espirométricos e, em especial, com exames (resultados) "assinados por outros especialistas, especialmente fisioterapeutas".

Em 4 de dezembro de 1995, a SBPT através de sua Secretária Geral Dr^a Lucy Gomes Vianna, reiterava junto ao Conselho Federal de Medicina a convicção de que "somente os médicos portadores de título de especialista em Pneumologia e Tisiologia, fornecido pela SBPT e AMB, poderão dar os laudos dos exames relacionados à função pulmonar", sem mais detalhes ou solicitações.

Por fim, em 16 de abril de 1996 a UNIMED/ Goiânia enviou correspondência ao Conselho Federal de Medicina, onde aludia ao pedido de parecer da SBPT a respeito dos profissionais responsáveis pela realização de espirometria e aguardava a deliberação desta entidade.

ANTECEDENTES

Em 1994, a SBPT recebeu ofício do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, o qual encaminhava consulta de médico daquela jurisdição interessado em esclarecer a respeito "da realização e possível interpretação de espirografia e outros exames de função pulmonar por fisioterapeutas."

Na ocasião, como acumulávamos a função de Secretário da SBPT e Vice-Presidente do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, fomos instados a oferecer parecer sobre a questão, o qual foi apreciado em primeira instância pelo Plenário do Conselho, aprovado por unanimidade e, em seguida, aprovado pela Diretoria da SBPT, sendo então encaminhado ao consulente.

Com certeza esse parecer constitui a primeira jurisprudência, ao nosso alcance, relativa à reserva de mercado para a interpretação dos exames espirométricos, ou senão a aversão das entidades oficiais pela leitura e análise da espirometria por profissionais de saúde não-médicos.

É oportuno reconhecer, ainda, a grande demanda atual desse tipo de exames graças à divulgação e barateamento de aparelhos nacionais e estrangeiros nos últimos dez anos, gerando uma pressão de mercado capaz de atrair profissionais de outras áreas, além do natural interesse de cooperativas médicas e empresas de financiamento ou planos de saúde.

Transcrevemos, por oportuno, matéria publicada no Boletim da SBPT em novembro de 1994, que reproduz parte do referido parecer:

"A SBPT submeteu à apreciação do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal parecer relativo ao desempenho e possível interpretação de espirografia e outros exames de função pulmonar por fisioterapeutas. O parecer do Conselheiro Júlio Cezar Meirelles Gomes, aprovado em Reunião da Segunda Câmara, apresenta a seguinte conclusão:

Consta na jurisprudência suplementar médico-conselhal que os meios de diagnósticos e tratamento de saúde constituem atividades privativas da medicina. Nada impede que sob supervisão médica outros profissionais sejam chamados para contribuir na execução de técnicas diagnósticas ou terapêuticas; mas, não é bem o caso. E no caso presente consideramos que o profissional fisioterapeuta, possa e deva com base nos resultados fornecidos pelo espirograma, prestar sua contribuição no processo de reabilitação fisio-respiratória. Por sinal, cabe ao fisioterapeuta apenas a formulação da proposta de reabilitação e sua execução dentro da equipe de saúde, procedimento de sua competência, dentro da complexa divisão de tarefas de uma equipe multidisciplinar, tudo em proveito, em favor do paciente, este sim alvo da melhor atenção, conforme dispõe o artigo 18 do CEM.

Quanto ao código de Ética Médica cabe citar o artigo: 30 que veda ao profissional médico a transferência de responsabilidade ou delegação de competência.

Pelo exposto, somos de parecer que a interpretação dos testes de função pulmonar, vistos como um conjunto de provas destinadas a avaliar o processo respiratório, deve ser exclusivo do médico, de preferência do médico especialista, sob risco de infringência ao artigo citado, pelo que manifestamos nossa inteira concordância com os termos do parecer examinado."

ESPIROMETRIA: HISTÓRIA E CONCEITO

A espirometria tem como marco histórico o ano de 1846, na Inglaterra, quando o médico Hutchinson engendrou um estranho aparelho destinado a captar e medir o ar exalado dos pulmões. Constituiu um dos procedimentos diagnósticos da semiologia armada e passou a integrar o seu acervo, considerado em conjunto como "Testes de função pulmonar". A partir de então, tem início a prática de se relacionar os volumes

de ar exalados do pulmão com a gravidade aparente das doenças do aparelho respiratório.

A transposição destes testes dos laboratórios de fisiologia respiratória para a clínica corrente constitui fato relativamente novo, a partir dos anos sessenta, quando surgiram aparelhos simples, do tipo campânulas com selo d'água ou tipo fole, conectados ao paciente através de tubo flexível e dotados de um registro direto proporcional à variação de fluxo ou volume.

A sua introdução na cena médica ocorre pelas mãos de profissionais empenhados em avaliar o volume pulmonar para fins de cirurgia, ou senão os fluxos produzidos pela expiração forçada na distinção entre doenças obstrutivas e não-obstrutivas.

O conceito de espirometria, embora simples e de fácil compreensão, carece ser lembrado para fixação de sua importância no arsenal propedêutico médico: - constitui a medida, a mensuração pura e simples dos volumes e fluxos existentes no aparelho respiratório, ou melhor, a massa gasosa que infla e esvazia os pulmões num ciclo respiratório e a velocidade do seu deslocamento para dentro ou, principalmente, para fora dos pulmões.

A espirografia, por sua vez, vem a ser uma das possibilidades de registro das mensurações referidas, ou seja, a reprodução em papel termos-sensível ou não das curvas obtidas com a expiração forçada. Há também a reprodução em telas de cristal líquido e outras formas simples de leitura visual das curvas ou dos valores numéricos.

O estudo dos volumes ou fluxos do aparelho respiratório constitui parte do capítulo da mecânica pulmonar, indispensável à plena compreensão dos fenômenos complexos de ventilação pulmonar.

COMPLEXIDADE E ORIGEM DOS CONHECIMENTOS ENVOLVIDOS NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR

A rigor, temos um elenco de matérias ou disciplinas envolvidas nos TFP que constitui um espectro muito amplo no conhecimento científico. Vai desde a física, através do conhecimento das leis de Gay Lussac, Poisselle, Fick, Boyle Mariotte entre outras, até a essência da fisiologia do aparelho respiratório, por sinal indissociável da estrutura histológica e anatômica.

A função respiratória não-pulmonar ou extrapulmonar, a anatomia do tórax e aparelho circulatório, o controle bioquímico da respiração através dos centros bulbares, além de noções de bioengenharia, são parte dos complexos conhecimentos envolvidos na questão respiratória que, por sua vez, não podem ser dissociados do organismo como um todo, visto que respirar é captar o oxigênio do meio ambiente e levá-lo às células da periferia, e, em contrapartida, recolher o CO₂, fruto do metabolismo dos hidratos de carbono, uma espécie de "lixo celular", e eliminá-lo através da "chaminé" dos pulmões. É justo reconhecer que as matérias citadas pertencem à grade curricular do curso médico, mais complexa e abrangente, ao menos em extensão e profundidade, embora outros profissionais de nível médio e superior possam dispor de noções menos aprofundadas a respeito.

Aqui há uma distinção crítica entre o conhecimento pleno e o sumário. Um aspecto muito interessante na compreensão dos conhecimentos envolvidos nos testes de função pulmonar é a utilização de fármacos do tipo beta 2 agonistas,

simpaticomiméticos ou parassimpaticomiméticos ou indutores de broncoconstrição na aplicação de testes e reatividade brônquica ou broncoprovocação.

O exame espirométrico não constitui, a rigor, um teste inofensivo, desprovido de riscos para o paciente. O uso das drogas já citadas, o risco potencial de ruptura de bolhas subpleurais na vigência de esforço máximo, além do agravamento de patologias sistêmicas como insuficiência cardíaca, entre outras, estabelece motivo de preocupação médica na indicação, acompanhamento, contra-indicação e, sobretudo, supervisão direta na execução do exame. Portanto, está em jogo o conhecimento médico, o que supõe responsabilidade médica imanente e intransferível.

As intercorrências não podem ser esquecidas na vigência do esforço respiratório máximo, tais como: pneumotórax, hemoptise, colapso circulatório, broncoespasmo severo, além dos pacientes sob oxigenoterapia contínua, que merecem atenção especial.

A VISÃO DO CONJUNTO

O exame espirométrico está integrado a um complexo de PFP - Prova de função pulmonar, situado no contexto clínico do paciente, e não pode ser visto isoladamente, mas sim cotejado à clínica pneumológica, soberana em muitos aspectos e cujo domínio pertence à medicina.

APLICAÇÃO DAS PFPs

A aplicação dos testes de função pulmonar é prevalente na área da medicina, embora não exclusiva, frente às interfaces com a medicina esportiva, aeroespacial, estudos sobre barotrauma, etc. Entre as principais aplicações podemos destacar:

- avaliação de risco cirúrgico respiratório;
- diagnóstico funcional do aparelho respiratório;
- avaliação de capacidade respiratória para fins periciais;
- monitorização da resposta terapêutica;
- exame admissional em atividades insalubres para o aparelho respiratório;
- medicina esportiva;
- medicina de mergulho ou altitudes.

Por outro lado, move-nos o entendimento, a firme convicção de que, a exemplo do que já ocorre na cardiologia, neurologia e radiologia, nada impede que o médico especialista ou não em pneumologia possa se valer do auxílio do técnico como executor do teste ou piloto do aparelho sob rigorosa contínua e permanente supervisão médica no local de trabalho. Convém não esquecer que há testes tão simples e de compreensão tão fácil que podem ser feitos pelo próprio paciente no domicílio, como é o caso de uso de fluxômetros de pico, portáteis e de manejo elementar utilizados ao longo de uma semana para construir o perfil da broncorreatividade, tão útil na avaliação da asma brônquica.

Encarecemos à vista do que recomenda o preceito ético contido no artigo 30 do CEM combinado ao artigo 38, que o médico não pode delegar a terceiros "atribuições exclusivas da medicina" sob pena, ainda, de acumpliciar-se com formas de exercício ilegal da medicina, o que soa mais grave.

Em caso de risco de periclitacão da saúde pela transferência de atribuições a técnicos, o médico desatende ao preceito ético contido no artigo 2º do CEM, o qual dispõe que "o alvo de toda a 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".

Ainda a respeito do técnico-auxiliar que colabora na execução do exame espirométrico sob supervisão do médico, cabe manifestar nosso reconhecimento pelo seu trabalho e considerá-lo de certa forma indispensável em face das complexas e abrangentes tarefas de ordem clínica que envolvem o médico no laboratório de função pulmonar. Escusado dizer das tarefas específicas relativas à manutenção e controle do equipamento, além dos cuidados com o material acessório, insumos e drogas, além de procedimentos ordinários como aferição de peso, altura, idade, dados de identificação, etc., que devem e podem ser feitos pelo auxiliar. Por outro lado, a coleta, por exemplo do sangue arterial para medida do valor dos gases constitui procedimento invasivo, que exige anestesia local e pode ser considerado de risco, pelo que é reservado por excelência ao médico.

Seria de toda forma irracional escravizar o médico junto ao equipamento e submetê-lo às operações de baixa complexidade.

A SBPT cogita, por sinal, realizar em seu próximo congresso concurso especial para técnicos de espirometria, o que se afigura aos nossos olhos como iniciativa tardia de reconhecimento da função auxiliar, mas louvável e ainda oportuna sob todos os aspectos. Oxalá se realize de fato para consagrar valiosa a figura do técnico auxiliar em laboratórios ou consultórios médicos e possa disciplinar um segmento profissional em crescimento. Sem perder de vista a supervisão direta, rigorosa e permanente do médico.

O ATO MÉDICO

É indiscutível que o diagnóstico funcional do aparelho respiratório feito através da aplicação dos testes já inclui o procedimento diagnóstico preliminar da escolha do teste mais adequado, visando racionalidade e economia de elementos; sobretudo a correta interpretação dos resultados à luz da clínica constitui tarefa imanente à medicina, à boa medicina pelo menos. A monitorização do paciente pela PFP - Prova de Função Pulmonar permite aferir resultados terapêuticos e ainda estimar o grau e a velocidade da recuperação, ou seja, o prognóstico, tarefa da estrita competência dos profissionais da medicina.

A questão relativa à ocupação de espaço médico por não-médicos auxiliares se afigura cada vez mais grave e nem de longe se restringe à espirometria. Pelo contrário, outras áreas com mais fascínio e atrativos financeiros têm sofrido invasões freqüentes e até, pasmem, algumas vezes estimuladas por equívocos na interpretação de competências profissionais e mesmo por falta de definição e limitação de um universo tão vasto como a medicina. Com efeito, não podem os médicos estreitar nas mãos o complexo universo dos procedimentos relativos à arte de curar. Mas também não podem abrir mão dos procedimentos mais complexos e evitados de risco para o paciente, sob pena de deixar a sociedade à mercê dos que não oferecem o melhor, da maneira adequada e no momento próprio. Na atualidade e diante da recessão

nacional que inibe atividades produtivas, cresce o mercado de prestação de serviços; e cresce em direção à área de saúde, que ao lado da alimentação constitui um mercado de retorno garantido. Isto tem contribuído para pressões de categorias vicinais, assemelhadas ou auxiliares no sentido de penetrar no território essencial à medicina. A medicina tem sido o "Pontal do Paranapanema" das profissões de saúde não legalizadas ou mal constituídas.

Cabe, ainda, comentar a respeito do chamado "resultado- padrão" que alguns aparelhos mais modernos oferecem no sentido de facilitar ao médico a interpretação e leitura dos testes, mas sem o propósito de excluí-lo da seqüência diagnóstica! Em primeiro lugar, cumpre dizer, trata-se de resultado indicativo apenas de obstrução ou não-obstrução; a título grosseiro; trata-se de um resultado elementar e tão elementar que é em geral desprezado na prática pneumológica corrente, pelo menos em serviços universitários. Em segundo lugar, são elaborados por médicos-programadores e, por fim, podem ser lidos até por leigos, não-médicos é bem verdade, mas sem qualquer valor semiológico ou patológico efetivo. Daí o argumento pífio e freqüente de que se a máquina pode laudar porque o não-médico não poderia? Não vale como argumento favorável à leitura do teste pelo não-médico, desprovido do discernimento clínico essencial indispensável à confrontação dos dados e grandezas numéricas com a qualidade do diagnóstico presumível. E aí está a verdadeira chave da questão.

Conhecer o aparelho por outro lado também não qualifica ninguém à leitura adequada do teste, mas apenas para avaliar a fidelidade dos resultados obtidos ou senão diagnosticar defeitos, apenas no aparelho!

A QUESTÃO DO MÉDICO NÃO-ESPECIALISTA

A Lei nº 3.268/57, que regulamenta o exercício da profissão médica, é clara, quiçá sábia, quando dispõe em seu artigo 17 que "os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas (...) e inscrição no Conselho Regional de Medicina", o que significa que os pré-requisitos para o exercício da medicina em seus ramos na especialidade (grifo nosso) são apenas o diploma registrado no MEC e a inscrição no Conselho de fiscalização profissional. E mais nada, quanto ao exercício.

Isto significa que a aplicação e a interpretação da espirometria não pode, segundo a lei, restringir-se ao especialista, no caso o pneumologista de título registrado no Conselho. É penoso contrariar a saudável e festejada confraria pneumológica (na qual me incluo), mas é forçoso reconhecer que o médico não-especialista tem esse direito à luz da lei. Há um imperativo maior, de ordem ética (além da lei do bom senso), que recomenda não seja feito aquilo para o qual o indivíduo não se sinta habilitado.

No entanto, à luz do que preceitua o art. 2º do CEM, combinado ao artigo 5º, deve o médico "agir com o melhor de sua capacidade profissional", o que subentende que ao especialista cabe, em princípio, a melhor atenção na sua área de conhecimento, ao mesmo tempo que lhe cabe, ainda, oferecer o "melhor do progresso científico em benefício do paciente", outro atributo inerente ao especialista, porque mais versado no domínio do equipamento e nos conhecimentos suplementares à aplicação do teste.

Então, à vista do CEM, torna-se recomendável que o especialista aplique e interprete o teste, mas não pode e não deve tomar como prerrogativa absoluta, nem pode se arvorar "dono do pedaço" no vasto território universal da medicina.

A aceitação da tese da exclusividade legal de procedimentos equívale ao equívoco de estabelecer fronteiras entre vizinhos, lotear as distâncias intangíveis do saber médico e fomentar o espírito de proprietário do ato ou do saber médicos, em desacordo com as leis sagradas do conhecimento universal de livre acesso à cultura, além da descabida criação de feudos tecnológicos em medicina. Nada mais impróprio.

Por oportuno, convém lembrar a Resolução nº CFM 1036/80 que veda ao médico não-especialista o anúncio da especialidade pretendida ou exercida como forma publica de promoção, em face, da competência fiscalizatória dos Conselhos e não por conta de restrições éticas ao desempenho médico, erradamente como se supõe. Além disso, o mérito da resolução não autoriza a publicação de exames ou técnicas especiais de diagnóstico, a não ser como esclarecimento de utilidade pública e sem caráter promocional.

Pelo exposto consideramos recomendável a prática do exame pelo médico especialista, mas sem vedação de direitos ao não-especialista.

CONCLUSÃO

A feitura e interpretação dos testes de função pulmonar, pela complexidade de conhecimentos envolvidos, pelos riscos inerentes à sua execução, pela interpretação como tarefa de diagnóstico imbricada com o cotejamento clínico, constitui ato específico dos profissionais da medicina, cabendo, se tanto, a simples execução por terceiros sob supervisão permanente, rigorosa e direta do médico.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 25 de julho de 1996.

JÚLIO CEZAR MEIRELLES GOMES

Conselheiro Relator

Parecer aprovado na Sessão

Plenária do dia 09/08/96.

JCMG/mfmo