

## Janela para o Futuro ou Porta para o Caos?

*Window to the Future or Door to Chaos?*

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes,<sup>1</sup> Gláucia Maria Moraes de Oliveira,<sup>2</sup> Alberto Amaral Júnior,<sup>3</sup> Eitel Santiago de Brito Pereira<sup>4</sup>

Hospital Metropolitan Dom José Maria Pires,<sup>1</sup> João Pessoa, PB – Brasil

Universidade Federal do Rio de Janeiro,<sup>2</sup> Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Universidade de São Paulo,<sup>3</sup> São Paulo, SP – Brasil

Universidade Federal da Paraíba,<sup>4</sup> João Pessoa, PB – Brasil

O notável avanço da tecnologia causou uma nova revolução social com impacto em todas as áreas do conhecimento, trazendo modificações de costumes e de práticas milenarmente consagradas. Os avanços da informática e das telecomunicações, com aplicação prática nas diversas ciências, são exemplos eloquentes dessa transformação.<sup>1</sup>

Na medicina, esse progresso trouxe avanços extraordinários no diagnóstico e na terapia, pois a junção de novas tecnologias médicas aos eficientes meios de comunicação nos legou a telemedicina, praticada há mais de duas décadas com grande sucesso, possibilitando desde a transmissão telemática de um simples eletrocardiograma até a realização de cirurgias robóticas a distância.<sup>2</sup>

Nesse cenário, surgiu a necessidade de regular a prática da telemedicina no Brasil. A legislação entregou tal atribuição ao Conselho Federal de Medicina (CFM), que a realizou editando a Resolução CFM 2.227/2018,<sup>3</sup> já publicada no Diário Oficial da União.

Na mencionada Resolução, cuidou o CFM de definir, logo no artigo 1º, a telemedicina como “o exercício da medicina mediado por tecnologias para assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde”. O Conselho conhece o benefício causado pela aplicação ética dessa prática, que pode ampliar o acesso à saúde e maximizar os efeitos de políticas públicas instituídas. Por isso, fez a regulamentação, mas precisa ficar atento ao poder disruptivo dessa tecnologia, que confronta, em tese, postulados milenares do exercício profissional. A medicina, da forma concebida, não prescinde da interação médico-paciente. Por isso, a telemedicina não pode dispensar o médico nem o substituir por outro profissional na prática daqueles atos que, nos termos da Lei 12.842/2013,<sup>4</sup> são privativos do médico.

Usa o CFM o termo teleconsulta como um abrigo da telemedicina. A palavra soa como aquela situação em que um nome passa a ter vida própria como algo justificável, rotineiro,

como se sempre tivesse existido e dispensasse uma análise crítica das suas origens. Entretanto, a novidade não deve ser compreendida desse modo. Há desafios de natureza técnica, ética, legal, regulatória e cultural acerca da teleconsulta, que é um ato privativo do médico e exige acesso ao prontuário médico, ou, noutras palavras, ao conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde estão registrados os cuidados profissionais prestados ao paciente em atendimentos anteriores. O prontuário, repete-se, inclui-se entre os atos privativos do médico e o paciente tem direito de exigir que os dados nele registrados sejam mantidos em segredo.<sup>5</sup>

Classicamente, uma consulta inclui a tríade anamnese, exame físico e exame complementar em uma dinâmica integrada e “em carrossel”. Assim, achados do exame físico, por exemplo, podem motivar a volta à anamnese; os laudos de imagem, por sua vez, podem determinar a feitura de outro exame físico etc. Quem decide essa dinâmica é, tradicionalmente, o médico, que assume a responsabilidade por suas decisões. Ora, a teleconsulta pode inviabilizar o exame físico, pois o médico estará longe do paciente. Nessa hipótese, quem assumirá a responsabilidade? O médico, sentado em frente ao computador, terá o dever de levantar uma objeção de consciência para não prosseguir? Nos dias de hoje, mesmo em casos bem conhecidos, a prudência – pilar pétreo da ética – aconselha haver uma interação presencial na maioria dos atendimentos.<sup>5</sup>

Será que o paciente estará bem esclarecido de que a teleconsulta e outros métodos da telemedicina podem representar uma metodologia incompleta, notadamente se implicarem na dispensa ou na substituição do médico por um outro profissional? Será que o paciente assumirá a responsabilidade por eventuais falhas decorrentes dessa nova forma de assistência e, mesmo assim, dará o seu consentimento? Será que a falta de uma detalhada anamnese, como as comumente feitas nas consultas tradicionais, ou a escassez de registros documentais, não fragilizará os atos da telemedicina? Aliás, por falar em documentação, o papel do prontuário como memória, ou fio condutor de um diagnóstico eficiente, tem o potencial de ficar prejudicado na prática inadequada de procedimentos da telemedicina, o que pode ser danoso.

A regulamentação do CFM deve, portanto, representar um avanço, não um retrocesso. Ampliar o acesso na saúde pública é desejo comum a todos os médicos. Nesta nuance, a telemedicina traz avanço indiscutível, o que justifica a sua regulamentação. Entretanto, deve o CFM ficar atento para que tudo se faça de forma adequada, com discricionariedade técnica de qualidade, antevendo-se o impacto regulatório

### Palavras-chave

Medicina/tendências; Política Nacional de Ciência; Tecnologia e Inovação; Desenvolvimento Tecnológico/ ética; Telemedicina/legislação & jurisprudência; Assistência à Saúde; Medicina de Precisão.

**Correspondência:** Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes •  
Cardiocenter – Av. Ministro José Américo de Almeida, 1450, Torre, Hospital Alberto Urquiza Wanderley. CEP 58.040-300, João Pessoa, PB – Brasil  
E-mail: mqueiroga@cardiol.br, marcelcartaxoqueiroga@gmail.com  
Artigo recebido em 19/02/2019, revisado em 19/02/2019, aceito em 19/02/2019

DOI: 10.5935/abc.20190056

da norma. A regulação deve preservar, por exemplo, os postulados milenares do exercício da medicina e promover a equidade. O grande desafio da Resolução CFM 2.227/2018<sup>3</sup> é ter eficácia e aplicabilidade para avançarmos no campo da justiça e da ética deliberativa.

Na consulta médica, materializa-se a interação médico-paciente. Interação que ganha força porque se alicerça na confiança do paciente e na consciência do médico. Essas são as bases da respeitabilidade da medicina ao longo do tempo.

O CFM, por intermédio da Resolução CFM 1.958/2010,<sup>6</sup> anunciou que a consulta compreende atos como “a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento”.

O Código de Ética Médica,<sup>7</sup> por seu turno, veda a prescrição de tratamento sem o prévio exame do paciente. Eis o preceito:

“Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.”

As regras podem ser harmonizadas porque o parágrafo único desta norma deontológica fala de “atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método”, determinando que se faça com respeito à regulamentação do CFM.

Ao estabelecer as condições para prática da telemedicina pelos médicos no Brasil, o CFM apresentou um novo ordenamento ético para o exercício da medicina no país. As mudanças, inseridas em sua Resolução, atualizam o Código de Ética Médica, fazendo a antiga regulamentação parecer um fóssil, em face do potencial de interferência da nova ética digital na prática médica.

O Código de Ética Médica<sup>7</sup> é uma norma de hierarquia similar à Resolução CFM 2.227/2018.<sup>3</sup> Assim, embora considerado como o guia ético maior, não há como se aludir que a Resolução da telemedicina confronta o Código de Ética Médica em alguns dos seus dispositivos, sobretudo em relação à desnecessidade de exame direto do paciente antes da prescrição, como estabelecido no artigo 37 do Código de Ética.

O problema maior da norma em comentário estaria na teleconsulta, regulada no artigo 4º, porque se dispensou o exame presencial do paciente prévio à prescrição. Apesar de não se ter abolido por completo a necessidade do exame físico prévio, pois o parágrafo 1º “subentende como premissa obrigatória” ser a primeira consulta obrigatoriamente presencial, recomendando-se uma nova consulta presencial a cada 120 dias, reservou-se a prática da teleconsulta aos locais remotos, onde, em tese, haveria escassez de recursos humanos. Note-se que, de certa forma, recorreu-se ao mesmo argumento do Programa Mais Médicos, quando se dispensou a revalidação do diploma de médicos graduados no exterior para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). A teleconsulta está regulada como se segue, *in verbis*:

“Art. 4º A teleconsulta é a consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos.

§ 1º A teleconsulta subentende como premissa obrigatória o prévio estabelecimento de uma relação presencial entre médico e paciente.

§ 2º Nos atendimentos por longo tempo ou de doenças crônicas, é recomendada consulta presencial em intervalos não superiores a 120 dias.

§ 3º O estabelecimento de relação médico-paciente de modo virtual é permitido para cobertura assistencial em áreas geograficamente remotas, desde que existam as condições físicas e técnicas recomendadas e profissional de saúde.

§ 4º O teleatendimento deve ser devidamente consentido pelo paciente ou seu representante legal e realizado por livre decisão e sob responsabilidade profissional do médico.

§ 5º Em caso de participação de outros profissionais de saúde, estes devem receber treinamento adequado, sob responsabilidade do médico, pessoa física, ou do diretor técnico da empresa intermediadora.”

A Resolução 2.227/2018<sup>3</sup> tem encontrado forte resistência na categoria médica, sobretudo em virtude do seu potencial transformador. Operadoras de planos de saúde, grandes hospitais e empresas de soluções para telemedicina estão eufóricos. Na outra ponta, os médicos alegam que a medicina sofreu um duro golpe desferido por quem tinha o dever de precaver pelo seu exercício ético, transformando os médicos em verdadeiros operadores de telemarketing.

A análise detalhada e imparcial da Resolução em comentário aponta, como já citado, aparentes confrontos com regras do Código de Ética Médica.<sup>7</sup> Mas, de longe, o problema maior decorreria da existência de possíveis ofensas ao ordenamento jurídico, como verificado no parágrafo 5º do artigo 4º. Ali, foram delegados atos próprios da medicina a outros profissionais de saúde, por exemplo, aos enfermeiros. Neste ponto, o vício da norma não reside tão somente na possível ofensa ao artigo 2º do Código de Ética Médica. Vai mais longe, desafiando vedações impostas pela lei.

A Constituição Federal de 1988<sup>8</sup> assegura no inciso XIII do artigo 5º a liberdade de exercício profissional, desde que “atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”. Ora, se a lei define quais são os atos privativos do médico, exsurge a ilegalidade da norma contida na Resolução do CFM, que confere competência adicional a outros profissionais de saúde – enfermeiros por exemplo – para prática de atos privativos de médico.

Não se desconhece que a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986,<sup>9</sup> que dispõe sobre o exercício da enfermagem no Brasil, define, no artigo 1º, como livre o exercício daquela profissão em todo o território nacional, desde que observadas as disposições nela contidas. Nem se ignora que o artigo 11, do mencionado diploma, atribui ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, competência para prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. O que se afirma é que a legislação não confere ao enfermeiro atribuição para participar de teleconsulta, como fez o CFM ao dispor, no parágrafo 5º do artigo 4º, da Resolução debatida.

Noutras palavras, o parágrafo 5º do artigo 4º da Resolução<sup>3</sup> examinada prevê a participação de outros profissionais de

saúde, o que inclui a enfermagem, em atos privativos de médicos, no caso, a consulta médica, mesmo em sua versão a distância. Tampouco teria o egrégio CFM competência legal para atribuir ao médico ou a diretor técnico de “empresa intermediadora” a prerrogativa de treinar outros profissionais de saúde, cujas profissões são regulamentadas e regidas por ordenamento jurídico próprio.

No parágrafo 3º do mesmo artigo 4º da citada Resolução, permite-se o “estabelecimento de relação médico-paciente de modo virtual” somente para cobertura assistencial em áreas geograficamente remotas, desde que existam as condições físicas e técnicas recomendadas, além de profissional de saúde.

O argumento de que a teleconsulta preenche uma dificuldade de assistência em função de distância geográfica precisa esclarecer o significado de distância, para que não se enquadre algo que possa ser presencial, mas que apresente dificuldades de acesso, por “ser longe”, por ter trânsito complicado, por demandar assistência em horários incompatíveis com a disponibilidade do médico etc. Em suma, não deve a comodidade servir de justificativa para a aceitação de um atendimento incompleto do ponto de vista de identificação de sinais e sintomas.

Transparece cristalino que não houve na norma definição de áreas geograficamente remotas, deixando-se margem para interpretações ampliativas das possibilidades da teleconsulta, que não pode perder seu caráter meramente complementar, para atender necessidades assistenciais próprias de um país de dimensões continentais, transformando-se em potente ferramenta de cerceamento de direitos consagrados dos pacientes. Ou seja, a teleconsulta, admitindo-se a sua legalidade, somente se justifica para ampliar o acesso aos beneficiários desassistidos do SUS.

Por outro lado, no âmbito da Saúde Suplementar, a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998,<sup>10</sup> que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece um marco regulatório próprio, previsto na esfera contratual, distinto do compromisso de acesso universal, integral e gratuito previsto do artigo 196 da Constituição Federal. Portanto, os limites de cobertura dos beneficiários das operadoras de planos de saúde estão claramente definidos em lei.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a quem incumbe regular o setor e elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ou Rol de Procedimentos, já deliberou ser a consulta médica um dos procedimentos de cobertura obrigatória. Outrossim, não poderia a teleconsulta ser utilizada como forma de substituir a imprescindível consulta presencial, a qual o beneficiário arca totalmente com seu ônus, ser usada para restringir o acesso a direito líquido e certo.

Ainda recorrendo à Lei 7.498/1986,<sup>9</sup> é evidente que a enfermagem somente tem competência legal para prescrever “medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”. Dessa forma, mesmo que se alegue que a responsabilidade pela eventual prescrição em teleconsulta é do médico que se encontra a distância, o outro profissional de saúde que, igualmente, assiste o ato médico, dele participa, em pleno exercício da sua profissão, devendo, por conseguinte, portar-se dentro dos ditames legais.

Parece que, no âmbito da saúde suplementar, não existe respaldo legal, por exemplo, para a enfermagem, mesmo sob supervisão, prescrever medicamentos ou solicitar exames, e a realização de teleconsulta, com participação de outros profissionais de saúde, seria uma prática sem guardida na legislação.<sup>10</sup>

A publicação da Resolução 2.227/2018<sup>3</sup> trouxe inquietude, pois é necessário partir de uma premissa: a teleconsulta só pode ser feita quando o médico já conhece o paciente. Necessário, destarte, uma consulta antecedente em que ocorreu prévia relação presencial entre médico e paciente. Porém, a presença desse requisito será de difícil controle e fiscalização, até porque conhecer o paciente não significa conhecer o caso do momento. Assim, consultas de primeira vez da situação clínica ficam passíveis de serem “confundidas” com retorno, onde se poderia aceitar o não presencial para notícias da evolução, ajustes terapêuticos e avaliação de exames solicitados.

A Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013,<sup>11</sup> que instituiu o Programa Mais Médicos, permitiu que a revalidação do diploma médico não fosse obrigatória no contexto estrito desse programa. Ou seja, a Resolução 2.227/2018<sup>3</sup> deveria deixar claro que somente no âmbito de programas públicos, uma vez constatada a ausência de médicos, seria possível a teleconsulta sem outro médico junto ao paciente.

Acredita-se que Hipócrates tenha afastado a medicina dos deuses justamente para permitir a interação entre seres humanos. Agora, corremos o risco de que o “endeusamento” da tecnologia extrapole a sua utilidade inegável de transmissão de dados dentro de padrões éticos. Assim, sob o ponto de vista transdisciplinar, acerca dos seus três fundamentos – rigor, abertura e tolerância –, há alto risco de comprometimento do rigor tecnocientífico.<sup>5</sup>

O CFM, ao editar a Resolução, abraça o desconhecido, o inesperado, desprezando a tolerância às opiniões opostas, que podem surgir no complexo processo de tomada de decisão, em face do direito do paciente à voz ativa, quando dialoga diretamente com o médico.

Acerca dos dois pilares pétreos da ética médica, causa preocupação o lidar com a prudência – cautela durante o processo de tomada de decisão – e com o zelo – qualidade de aplicação e observação da evolução acerca da conduta consentida. Acerca de três dos princípios da bioética, preocupa o manejo da beneficência bem como da não maleficência – que hoje, porque qualquer método é passível de causar algum dano, virou sinônimo de segurança, além de trazer novos aspectos sobre a autonomia.<sup>5</sup> Por fim, será que a teleconsulta passa pelo crivo dos dez passos<sup>12</sup> essenciais para um diagnóstico qualificado em clínica, no âmbito da integração anamnese-exame físico?

Convém recordar o decálogo que deve ser observado para a elaboração de um bom diagnóstico: (1) visão de conjunto do paciente possibilitada pela proximidade física; (2) livre emissão pelo paciente de suas queixas e impressões; (3) diálogo médico-paciente estimulado para esclarecer pontos obscuros e hipóteses levantadas pelo médico com base no dito pelo paciente; (4) construção de hipóteses diagnósticas sustentadas pela anamnese; (5) realização do

exame físico e identificação, ou não, de sinais alinhados com as hipóteses, ou expansão para novas hipóteses; (6) retorno à anamnese quando indicado por achados do exame físico que compõem novos raciocínios clínicos; (7) avaliação da necessidade e seleção de exame complementar com base na integração anamnese-exame físico; (8) integração dos laudos complementares com o raciocínio clínico que sustenta a solicitação dos mesmos; (9) formulação do diagnóstico provável; e (10) uso como base para a conduta terapêutica, sempre lembrando de esclarecer bem o paciente para que ele possa dar, ou não dar, o consentimento, que não deve ser obtido no início como uma carta branca.<sup>12</sup>

Questões essenciais precisam ser bem definidas: (1) nível de segurança biológica para o paciente; (2) nível de segurança ética e legal para o médico; (3) impacto na formação do médico; (4) impacto nos hábitos da sociedade.<sup>5</sup>

Outro ponto que merece destaque é a telecirurgia, prevista no artigo 8º e definida como a “realização de procedimento cirúrgico remoto, mediado por tecnologias interativas seguras, com médico executor e equipamento robótico em espaços físicos distintos”.<sup>3</sup> A telecirurgia somente é possível em virtude da cirurgia robótica, cuja aplicação clínica no Brasil ainda é restrita, sendo que a maior parte das técnicas carecem de avaliação pelo CFM.

Para sua efetivação, é imperioso que a equipe médica seja composta, no mínimo, por médico operador do equipamento robótico (cirurgião remoto) e médico responsável pela manipulação instrumental (cirurgião local), ambos devendo ser especialistas, com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) na área correspondente ao ato cirúrgico principal, com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua jurisdição, excluindo-se, ao menos em tese, a realização de telecirurgia por médicos não inscritos no CRM, atuantes em outros países.<sup>3</sup>

A competência legal para definir o caráter experimental, ou não, de procedimentos médicos é do CFM, com fulcro na Lei 12.842/2013,<sup>4</sup> consubstanciado no artigo 7º, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos no Brasil. Nessa senda, seria apropriado inserir um dispositivo na resolução restringindo a prática da telecirurgia robótica às técnicas já aprovadas pelo CFM e em uso corrente no país, pois seria desarrazoado ofertar-se algo com disponibilidade restrita frustrando as justas expectativas da classe médica e da sociedade brasileira.

Vale destacar que nenhuma das técnicas de cirurgia robótica faz parte do rol de políticas públicas do Brasil, tampouco estão incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Ou seja, a ampliação da rede assistencial de cirurgia robótica, sem sequer haver previsão de cobertura no país, pode inaugurar a “telejudicialização” da saúde, uma nova forma de inversão de prioridades no sistema de saúde do país.

Finalmente, é oportuno discorrer sobre o artigo 9º, o qual regulamenta o telediagnóstico: “O telediagnóstico deve ser realizado segundo diretrizes científicas propostas pela Associação de Especialidade vinculada ao método, reconhecida pela Comissão Mista de Especialidades, constituída conforme Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015”.<sup>13</sup> Nesse sentido, é importante destacar que a Lei 12.401, de 28 de abril de 2011,<sup>14</sup> define que a competência de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas<sup>a</sup>

no âmbito do SUS é da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

A Conitec, com base na legislação em comentário, tem atribuição legal para elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Não poderia o CFM, com base em resolução normativa, excluir quem tem competência legal para elaborar diretrizes no âmbito do sistema de saúde do Brasil, delegando-se exclusivamente essa atribuição a ente privado, mesmo que condicionada a sua aprovação. Torna-se premente o aprimoramento da norma nesse particular.

Outrossim, não seria demais afirmar que a Resolução 2.227/2018<sup>3</sup> não tem o condão de legitimar, *lato sensu*, a incorporação da telemedicina no Brasil, somente cuida de regular a participação dos médicos em sua prática. O ingresso de qualquer tecnologia segundo a legislação vigente, isso inclui a telemedicina, levará em consideração, necessariamente:

- I. as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;
- II. a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.”

A Resolução 2.227/2018,<sup>3</sup> apesar de necessária, da forma como está redigida, salvo melhor juízo, confronta a legislação pátria que regulamenta as outras profissões de saúde, como discutido, e deveria ser modificada, ao menos no que concerne à redação dos artigos 4º, 8º e 9º. No nosso entendimento, a redação abaixo seria mais adequada para a oportunidade e espécie. Seria razoável a adequação abaixo como forma de compatibilizar a norma já publicada e o conjunto de teses defendidas neste articulado:

Art. 4º A teleconsulta é a consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos.

§ 1º Na teleconsulta, é premissa obrigatória o prévio estabelecimento de uma relação presencial entre médico e paciente.

§ 2º Nos atendimentos por longo tempo ou de doenças crônicas, é recomendada consulta presencial em intervalos não superiores a 120 dias.

§ 3º O estabelecimento de relação médico-paciente de modo virtual é permitido, exclusivamente, para cobertura assistencial em áreas geograficamente remotas, desde que existam as condições físicas e técnicas recomendadas e profissional de saúde de saúde legalmente habilitado.

§ 4º Para os fins definidos neste artigo, compete aos Conselhos Regionais de Medicina, no âmbito de suas jurisdições, definir, em ato próprio, quais são as áreas geograficamente remotas.

§ 5º O teletendimento deve ser devidamente consentido pelo paciente ou seu representante legal e realizado por livre decisão e sob responsabilidade profissional do médico.

§ 6º Em caso de participação e treinamento de outros profissionais de saúde, deve-se atender aos requisitos da legislação que regulamenta as respectivas profissões.

<sup>a</sup> II – Protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

§ 7º É vedada a teleconsulta no âmbito da saúde suplementar.

Artigo 8º

(...)

§ 10 Procedimentos cirúrgicos não avaliados ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina devem ser realizados em protocolos de pesquisa de acordo com as normas do Sistema CEP/CONEP.

Art. 9º O telediagnóstico deve ser realizado segundo diretrizes científicas aprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no SUS (Conitec) ou propostas pela Associação de Especialidade vinculada ao método, reconhecida pela Comissão Mista de Especialidades, constituída conforme Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015.

Antes da publicação do presente artigo, o CFM, em virtude dos motivos aqui abordados, revogou a Resolução 2.227/2018<sup>3</sup> para permitir que seu objetivo se materialize na prática e que a regulamentação apropriada da extraordinária telemedicina deixe de ser uma promessa, convertendo-se em instrumento de equidade e justiça social,<sup>15,16</sup> sob pena de, em vez de uma janela para o futuro, a telemedicina converter-se em uma porta para o caos.

## Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Obtenção de dados, Análise e interpretação dos dados, Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: MACQ Lopes, Oliveira GMM, Amaral Júnior A, Pereira ESB.

## Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

## Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

## Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

## Aprovação ética e consentimento informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

## Referências

1. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nat Med*. 2019;25(1):44-56.
2. de la Torre-Díez I, López-Coronado M, Vaca C, Aguado JS, de Castro C. Cost-utility and cost-effectiveness studies of telemedicine, electronic, and mobile health systems in the literature: a systematic review. *Telemed J E Health*. 2015;21(2):81-5.
3. Conselho Federal de Medicina (CFM-Brasil). Resolução CFM 2.227/2018: define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologia. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>
4. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 12.842, de 10 de julho de 2013. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato20112014/2013/Lei/L12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato20112014/2013/Lei/L12842.htm)
5. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K; Council on Ethical and Judicial Affairs American Medical Association. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *J Gen Intern Med*. 2017;32(10):1136-40.
6. Conselho Federal de Medicina (CFM-Brasil). Resolução CFM Resolução CFM nº 1.958/2010. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1958\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1958_2010.htm).
7. Conselho Federal de Medicina (CFM- Brasil). Código de Ética Médica. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.
8. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoconstituicao/anexo/cf.pdf>
9. Brasil. Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm).
10. Brasil. Lei Nº 9.656 de 03 de junho de 1998: Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LE.56.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LE.56.htm).
11. Brasil. Lei Nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Altera as leis Nº 8.745 de 08 de dezembro de 1993, e Nº 6.932 de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm).
12. Grinberg M. Bioética e troca de mensagens por aplicativo WhatsApp sempre alerta na palma da mão. *Arq Bras Cardiol: imagem cardiovasc*. 2018;31(3):126-9.
13. Brasil. Lei Nº 8516 de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do cadastro nacional de especialistas de que tratam o §4º e §5º do art. 1º da lei 6.932 de 07 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm).
14. Brasil. Lei Nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso em 15 fevereiro 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm).
15. Andrade MV, Maia AC, Cardoso CS, Alkmim MB, Ribeiro AL. Cost benefit of the telecardiology service in the state of Minas Gerais: Minas Telecardio Project. *Arq Bras Cardiol*. 2011;97(4):307-16.
16. Oliveira Jr. MT, Canesin MF, Marcolino MS, Ribeiro ALP, Carvalho ACC, Reddy S et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Telecardiologia no Cuidado de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e Outras Doenças Cardíacas. *Arq Bras Cardiol* 2015; 104(5Supl.1): 1-26



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons